



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

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

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Οι Θέσεις και οι Απόψεις των Ιατρών του
Ιδιωτικού Τομέα για την εφαρμογή του
Γενικού Σχεδίου Υγείας στην Κύπρο**

Μαρία Τρισβέη

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
Δρ. Αθανάσιος Νικολέντζος**

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ, 2017

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της παρούσας διατριβής, επιθυμώ να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες προς τον επιβλέποντα καθηγητή μου, Δρ. Αθανάσιο Νικολέντζο, για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγηση που μου παρείχε. Ευχαριστίες οφείλω επίσης στον Υπεύθυνο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας», Δρ. Μάμα Θεοδώρου για την υποστήριξη που μου προσέφερε.

Η διπλωματική αυτή εργασία, δε θα μπορούσε να ολοκληρωθεί χωρίς τη συμβολή των πληροφορητών – ιδιωτών ιατρών, οι οποίοι πρόθυμα συμμετείχαν στη συλλογή των απαραίτητων δεδομένων. Ιδιαίτερες ευχαριστίες, θα ήθελα να εκφράσω στο Δρ. Ιωάννη Στεφάνου και στο Δρ. Κυριάκο Κακουλλή, για την αμέριστη συμπαράσταση τους.

Επιθυμώ να εκφράσω τις ιδιαίτερες μου ευχαριστίες στη φιλόλογο κ. Μαρία Πηλαβά Συλλούρη, για την ενθάρρυνση, την υποστήριξη και την καθοριστική συμβολή της για τη διεκπεραίωση της διατριβής αυτής.

Η διατριβή αυτή, αφιερώνεται στους γονείς μου Στέργιο και Πηνελόπη και στη φιλόλογο κ. Μαρία Πηλαβά Συλλούρη.

Περιεχόμενα

Συντομογραφίες και Αρκτικόλεξα.....	6
Κεφάλαιο 1	
Εισαγωγή.....	7
Κεφάλαιο 2	
Το υφιστάμενο σύστημα υγείας της Κύπρου.....	9
Κεφάλαιο 3	
Το Γενικό Σχέδιο Υγείας (ΓεΣΥ) Κύπρου.....	35
Κεφάλαιο 4	
Ιδιωτική Ιατρική στην Κύπρο.....	73
Κεφάλαιο 5	
Μεθοδολογία.....	87
Κεφάλαιο 6	
Θέσεις και απόψεις των ιδιωτών ιατρών για το ΓεΣΥ.....	90
Κεφάλαιο 7	
Αποτελέσματα.....	106
Κεφάλαιο 8	
Συζήτηση.....	112
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	115
ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	119
Παράρτημα Α	
Θεματικός Οδηγός Συνέντευξης.....	121

Περίληψη

Η μελλοντική εφαρμογή ενός Γενικού Σχεδίου Υγείας στην Κύπρο, αποτελεί ένα καίριο ζήτημα στον τομέα της υγείας, αφού όπως είναι αναμενόμενο θα αλλάξει τα μέχρι σήμερα δεδομένα, με σημαντικές επιπτώσεις τόσο στους ασθενείς, όσο και στους επαγγελματίες υγείας. Το υφιστάμενο σύστημα υγείας της Κύπρου, παρουσιάζει πολλαπλά προβλήματα και αδυναμίες, που αφορούν την πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας, το συντονισμό ανάμεσα στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα υγείας, την ποιοτική και αποτελεσματική παροχή φροντίδας υγείας, την οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος και τον αποτελεσματικό έλεγχο των υπηρεσιών υγείας. Επομένως, η ανάγκη για συνολική μεταρρύθμιση στο υφιστάμενο σύστημα υγείας είναι επιτακτική και άμεση. Οι ιατροί του ιδιωτικού τομέα, είναι ένας από τους σημαντικότερους εμπλεκόμενους φορείς στην εφαρμογή του ΓεΣΥ, αφού συνιστούν την πλειονότητα των ιατρών της Κύπρου. Η παρούσα διατριβή αποσκοπεί στην καταγραφή και ανάλυση των θέσεων και απόψεων των ιατρών του ιδιωτικού τομέα για την εφαρμογή του ΓεΣΥ στην Κύπρο. Για την επίτευξη του στόχου αυτού, χρησιμοποιήθηκε βιβλιογραφική επισκόπηση, επισκόπηση εφημερίδων, ανακοινώσεων και δημοσιεύσεων, καθώς και ποιοτική μέθοδος συλλογής δεδομένων με ημιδομημένες συνεντεύξεις με τη χρήση ερωτηματολογίου. Η διατριβή αυτή κατέδειξε ότι η πλειονότητα των ιδιωτών ιατρών, υποστηρίζει ότι το υφιστάμενο σύστημα υγείας της Κύπρου, αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα και χρήζει μεταρρύθμισης και κρίνει αναγκαία την εφαρμογή ενός Γενικού Σχεδίου Υγείας. Ωστόσο, οι απόψεις τους συγκλίνουν στο ότι το προτεινόμενο ΓεΣΥ, παρουσιάζει κενά και χρειάζεται επανασχεδιασμό. Προτείνουν βασικές αλλαγές, όπως είναι η αυτονόμηση των δημόσιων νοσοκομείων, η εφαρμογή ενός πολυασφαλιστικού συστήματος υγείας, η εισαγωγή του θεσμού της συν – πληρωμής για την κάλυψη του επιπλέον κόστους υγείας, η ελεύθερη πρόσβαση στο νοσοκομείο και στον ιατρό της επιλογής των ασθενών, η κατάργηση του θεσμού του οικογενειακού ιατρού και ο διαχωρισμός της αμοιβής των ιατρών από την αμοιβή του νοσοκομείου. Οι ιδιώτες ιατροί, υποστηρίζουν την εφαρμογή ενός ΓεΣΥ ποιοτικού και οικονομικά βιώσιμου, που θα επιφέρει οπωσδήποτε αναβάθμιση του επιπέδου υγείας των ασθενών, αλλά όχι το προτεινόμενο, το οποίο δε θεωρούν ούτε ποιοτικό, ούτε οικονομικά βιώσιμο. Διαφάνηκε από τη διατριβή αυτή, ότι ο ρόλος των ιδιωτών ιατρών είναι κομβικός για την εφαρμογή ενός ΓεΣΥ, εφόσον χωρίς τη συμβολή τους δε μπορεί να εφαρμοστεί.

Abstract

The forthcoming implementation of a National Health System in Cyprus constitutes a pivotal issue in the sector of health, since, as it is expected, it will radically change the current practices with significant implications on both patients and medical professionals. The existing health system in Cyprus exhibits a multitude of problems and weaknesses as concerns accessibility of patients to the health services, the coordination between public and private health services, a qualitative and effective supply of health care, the financial viability of the system and the effective control of health services. As a result the need of an overall reform of the existing health system is both mandatory and urgent. The private sector doctors form one of the main interested parties in the implementation of the National Health System in Cyprus as they constitute the majority of doctors in Cyprus. The present dissertation aims at documenting and analyzing the views and stance of the private sector doctors as regards the implementation of the National Health System in Cyprus. To this end, a literature review of newspaper articles, announcements and publications was employed as well as a qualitative method of collecting data through semi – structured interviews and the use of a questionnaire. The present dissertation indicates that the majority of private sector doctors support that the existing health system in Cyprus exhibits serious problems and is in urgent need of reform and the implementation of a National Health System. Their views converge in that the proposed National Health System presents shortcomings and needs re – planning. They propose radical changes such as autonomy for the public hospitals, the application of multiple insurance system, the introduction of the institution of co – financing to cover the additional costs of the health system, free access to hospitals and selection of doctors by the patients, the abolition of the practice of the family doctor and dissociation of the fee of the doctors from that of the hospitals. Private doctors support the implementation of a NHS qualitative and financially viable which is certain to upgrade the level of the patients' health but not the proposed one which they consider neither qualitative nor financially viable. It is evident from this dissertation the role of private doctors is pivotal for the implementation of a NHS, as it can't be implemented without their contribution.

Συντομογραφίες και Αρκτικόλεξα

- ΑΕΠ:** Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
- ΑΗΚ:** Αρχή Ηλεκτρισμού Κύπρου
- ΑΚΕΛ:** Ανορθωτικό Κόμμα Εργαζόμενου Λαού
- ΑΤΗΚ:** Αρχή Τηλεπικοινωνιών Κύπρου
- ΓΕΣΥ:** Γενικό Σχέδιο Υγείας
- ΔΕΟΚ:** Δημοκρατική Εργατική Ομοσπονδία Κύπρου
- ΔΗΚΟ:** Δημοκρατικό Κόμμα
- DRG's:** Diagnosis Related Groups
- ΔΗΣΥ:** Δημοκρατικός Συναγερμός
- ΕΑΣΥ:** Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας
- ΕΔΕΚ:** Ενιαία Δημοκρατική Ένωση Κύπρου
- ΕΝΙΚ:** Ένωση Ιδιωτών Ιατρών Κύπρου
- ΕΟΚΑ:** Ελληνική Οργάνωση Κυπρίων Αγωνιστών
- ΕΤΥΚ:** Ένωση Τραπεζικών Υπαλλήλων Κύπρου
- ΕΥΡΩΚΟ:** Ευρωπαϊκό Κόμμα
- ΚΕΦΕΑ:** Κυπριακή Ένωση Φαρμακευτικών Εταιρειών Έρευνας
- ΜΜΕ:** Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης
- NHS:** National Health System
- ΟΑΥ:** Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας
- ΠΑΣΥΚΙ:** Παγκύπρια Συντεχνία Κυβερνητικών Ιατρών
- ΠΕΟ:** Παγκύπρια Εργατική Ομοσπονδία
- ΠΙΣ:** Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος
- ΣΕΚ:** Συνομοσπονδία Εργαζόμενων Κύπρου
- ΦΠΑ:** Φόρος Προστιθέμενης Αξίας
- WHO:** World Health Organization

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Γενικό Σχέδιο Υγείας, αποτελεί τη μεγαλύτερη μελλοντική μεταρρύθμιση στον τομέα της υγείας στην Κύπρο. Η Κύπρος, είναι από τις λίγες χώρες που δεν παρέχει στους πολίτες της, ένα ολοκληρωμένο σχέδιο υγείας. Παρόλο που για δεκαετίες γίνεται προσπάθεια για την εφαρμογή του ΓεΣΥ, δεν έγινε ακόμη κατορθωτή η εφαρμογή του. Οι βασικές αρχές στις οποίες θα στηριζόταν ένα σχέδιο υγείας, τέθηκαν από το 1991. Το 2001, εγκρίθηκε από τη Βουλή ο περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμος, ο οποίος δεν εφαρμόστηκε. Με την εφαρμογή 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, εφόσον έγινε πλέον μνημονιακή υποχρέωση απέναντι στην Τρόικα. Λόγω της οικονομικής κρίσης, οι πολίτες συρρέουν στα δημόσια νοσοκομεία για οποιαδήποτε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, με αποτέλεσμα οι πολίτες να μην μπορούν να εξυπηρετηθούν, τα νοσοκομεία να μην μπορούν να ανταποκριθούν στις αυξημένες ανάγκες και το όλο σύστημα παρόλες τις προσπάθειες του προσωπικού, να κινδυνεύει να καταρρεύσει.

Σε περίπτωση εφαρμογής του ΓεΣΥ, είναι απαραίτητο να ληφθούν σοβαρά υπόψη, οι θέσεις, οι απόψεις, οι αντιρρήσεις και οι εισηγήσεις των ιδιωτών ιατρών, ώστε να γίνει εφικτή η εφαρμογή του, εφόσον η πλειονότητα του συνόλου των ιατρών είναι ιδιώτες. Στόχος της παρούσας εργασίας, είναι να εξετάσει ποιες ακριβώς είναι οι απόψεις και θέσεις των ιδιωτών ιατρών για την εφαρμογή του ΓεΣΥ. Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της συνέντευξης με ερωτηματολόγιο ημιδομημένων ερωτήσεων και έγινε ανάλυση των αποτελεσμάτων από τα οποία εξήχθησαν χρήσιμα συμπεράσματα, τα οποία θα μπορούσαν οι εμπλεκόμενοι φορείς στην εφαρμογή του ΓεΣΥ, να τα αξιοποιήσουν.

Στο δεύτερο κεφάλαιο της εργασίας αυτής, παρουσιάζεται το υφιστάμενο σύστημα υγείας της Κύπρου. Γίνεται μια ιστορική αναδρομή της παροχής υπηρεσιών υγείας από την αρχαιότητα μέχρι την ανεξαρτησία της Κύπρου. Παρουσιάζεται ακόμη η οργάνωση, η διοίκηση, η χρηματοδότηση, οι υποδομές και η παροχή υπηρεσιών υγείας του υφιστάμενου συστήματος υγείας. Το τρίτο κεφάλαιο περιλαμβάνει το Γενικό Σχέδιο Υγείας και τις γενικές αρχές που το διέπουν, τις σχετικές με το ΓεΣΥ μελέτες, τα νομοσχέδια και τους τροποποιητικούς νόμους. Επίσης, περιλαμβάνει τις θέσεις και απόψεις των ενδιαφερόμενων μερών για την πιθανή

εφαρμογή του Γενικού Σχεδίου Υγείας. Στο τέταρτο κεφάλαιο, παρουσιάζεται η ιδιωτική ιατρική και οι θέσεις και απόψεις της Ένωσης των Ιδιωτών Ιατρών Κύπρου, σχετικά με το ΓεΣΥ. Στο πέμπτο κεφάλαιο, αναπτύσσεται η μεθοδολογία που χρησιμοποιείται στη διατριβή και περιγράφονται ο σχεδιασμός και οι μέθοδοι συλλογής δεδομένων. Το έκτο και έβδομο κεφάλαιο περιλαμβάνουν τα ευρήματα των συνεντεύξεων, μέσα από τα οποία διαφαίνονται οι θέσεις και απόψεις των ιδιωτών ιατρών για το ΓεΣΥ. Στο όγδοο κεφάλαιο, τοποθετούνται τα συμπεράσματα για τις θέσεις και απόψεις των ιδιωτών ιατρών, όσον αφορά το ΓεΣΥ.

Η εργασία αυτή καταλήγει στο βασικό συμπέρασμα, ότι το ΓεΣΥ, όπως προτείνεται βρίσκει αντίθετο το μεγαλύτερο μέρος του ιατρικού κόσμου. Οι ιδιώτες ιατροί εισηγούνται συγκεκριμένες αλλαγές στο σχεδιασμό του προτεινόμενου ΓεΣΥ, τις οποίες θεωρούν απαραίτητες προϋποθέσεις για την εφαρμογή του. Σε περίπτωση που δεν εισακουστούν τα αιτήματά τους, πολλοί από αυτούς δε θα μετέχουν στο ΓεΣΥ και θα παραμείνουν ως ιδιώτες. Αποτέλεσμα τούτου, θα είναι η αποτυχία της εφαρμογής του ΓεΣΥ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΤΟ ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

2.1 Ιστορία και Χαρακτηριστικά του κυπριακού κράτους και του κυπριακού συστήματος υγείας

2.1.1 Γεωγραφία, θέση, έκταση και πληθυσμός

Η Κύπρος είναι το τρίτο σε μέγεθος νησί της Μεσογείου, μετά τη Σαρδηνία και τη Σικελία και έχει έκταση 9251km². Βρίσκεται στο βορειοανατολικό άκρο της Ανατολικής Μεσογείου και απέχει 800 km ανατολικά της ηπειρωτικής Ελλάδας και 380 km από τη Ρόδο και την Κάρπαθο. Στα βόρεια της Κύπρου βρίσκεται η Τουρκία που απέχει μόλις 75 km. Στα ανατολικά, σε απόσταση 105 km βρίσκεται η Συρία και στα νότια η Αίγυπτος που απέχει 380 km. (Γραφείο Τύπου και Πληροφοριών, 2003).

Ο πληθυσμός της Κύπρου στο τέλος του 2013, σύμφωνα με τα στοιχεία της στατιστικής υπηρεσίας του Υπουργείου Οικονομικών ήταν 949.000, από τις οποίες οι 690.900 δηλαδή το 72,8% του πληθυσμού είναι ελληνοκύπριοι, 91.000 δηλαδή 9,6% του πληθυσμού ανήκουν στην τουρκοκυπριακή κοινότητα και 167.100 δηλαδή 17,6% του πληθυσμού είναι ξένοι υπήκοοι. Σύμφωνα με το σύνταγμα του 1960, οι Μαρωνίτες, οι Αρμένιοι και οι Λατίνοι που κατοικούσαν στο νησί, επέλεξαν να ανήκουν στην ελληνοκυπριακή κοινότητα (Statistical Service, 2013)

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 περίπου 115 000 παράνομοι έποικοι από την Τουρκία, ενώ 55 000 τουρκοκύπριοι έχουν μεταναστεύσει (Γραφείο Τύπου και Πληροφοριών, 2003).

2.1.2 Ιστορία

Στο σταυροδρόμι τριών ηπείρων, στο σημείο συνάντησης μεγάλων πολιτισμών, η Κύπρος ανέπτυξε ένα μακραίωνα πολιτισμό, αφομοιώνοντας κάθε είδους επιδράσεις που δέχτηκε και παρά τους πολυάριθμους κατακτητές που αντιμετώπισε, παρέμεινε κέντρο ελληνικού πολιτισμού με μερικά ιδιάζοντα χαρακτηριστικά. Από την αρχαιότητα ως σήμερα, η σημασία της γεωπολιτικής θέσης της Κύπρου υπερέβαινε κατά πολύ το μικρό της μέγεθος. Η στρατηγική σημασία της, προσέλκυσε πολλούς εισβολείς και κατακτητές. Αρκετές αυτοκρατορίες κατέκτησαν την Κύπρο, όπως Ασσύριοι, Αιγύπτιοι, Πέρσες, Ρωμαίοι, Φράγκοι, Ενετοί, Οθωμανοί. Οι τελευταίοι κατέκτησαν την Κύπρο το 1571 και την παραχώρησαν στους Άγγλους το 1878. Ακολούθησε η αγγλοκρατία, που έληξε μετά τον απελευθερωτικό αγώνα 1955 – 1959 με τη συμφωνία Ζυρίχης Λονδίνου, οπότε η Κύπρος ανακηρύχτηκε στις 16 Αυγούστου 1960, ως ανεξάρτητη δημοκρατία, με προεδρικό σύστημα διακυβέρνησης (Γραφείο Τύπου και Πληροφοριών, 2003).

Σύμφωνα με το δοτό σύνταγμα, προσφέρθηκε στην τουρκοκυπριακή κοινότητα προνομιακή μεταχείριση στο σύστημα διακυβέρνησης. Δεκαπέντε από τις πενήντα έδρες της βουλής των αντιπροσώπων, ανήκαν σε τουρκοκύπριους. Οκτώ τουρκοκύπριοι βουλευτές μπορούσαν να καταψηφίσουν νόμο που ψήφιζαν οι υπόλοιποι τριάντα πέντε ελληνοκύπριοι και επτά τουρκοκύπριοι βουλευτές. Ο πρόεδρος Μακάριος, εισηγήθηκε το Νοέμβριο του 1963 στους τουρκοκύπριους ηγέτες τροποποίηση του συντάγματος. Αυτοί αποσύρθηκαν από την κυπριακή κυβέρνηση και τη βουλή, γεγονός που αποτέλεσε την απαρχή της διακοινοτικής διαμάχης με τη δημιουργία τουρκοκυπριακών στρατιωτικών θυλάκων και της πράσινης λεγόμενης διαχωριστικής γραμμής, που είναι η κατοπινή «Γραμμή Αττίλα» (Γραφείο Τύπου και Πληροφοριών, 2003).

Στις 20 Ιουλίου 1974, η Τουρκία χρησιμοποιώντας ως πρόσχημα το πραξικόπημα κατά του προέδρου της κυπριακής δημοκρατίας, εισέβαλε στην Κύπρο κατά παράβαση του καταστατικού χάρτη των Ηνωμένων Εθνών. Από το καλοκαίρι του 1974 μέχρι σήμερα, η «Γραμμή Αττίλα» διαμερίζει τεχνητά το νησί και το λαό της Κύπρου. (Γραφείο Τύπου και Πληροφοριών, 2003).

Οι συνέπειες της τουρκικής εισβολής είναι τραγικές, γιατί 142 000 ελληνοκύπριοι, δηλαδή 70% του πληθυσμού, έγιναν πρόσφυγες στην ίδια τους την πατρίδα. Η οικονομία απειλήθηκε με πλήρη κατάρρευση, το ποσοστό της ανεργίας ανήλθε στο 30%, η μετανάστευση πήρε μεγάλες διαστάσεις, τα μεγαλύτερα παραθαλάσσια θέρετρα, η Κερύνεια και η Αμμόχωστος

έμειναν υπό τουρκική κατοχή, με αποτέλεσμα να μειωθεί κατακόρυφα κατά 18% το Α.Ε.Π. Ωστόσο η Κύπρος κατόρθωσε να επιτύχει ανάκαμψη της οικονομίας, μέχρι το 2009 (Γραφείο Τύπου και Πληροφοριών, 2003).

2.1.3 Κύπρος – Ευρωπαϊκή Ένωση

Την 1^η Μάιου του 2004, η Κύπρος εντάχθηκε στην Ευρωπαϊκή Ένωση και αποτελεί ένα από τα είκοσι οχτώ κράτη μέλη της. Από το 2008, εντάχθηκε και στην Ευρωζώνη και έχει ως επίσημο νόμισμα το ευρώ (Theodorou et. al, 2012).

2.1.4 Οικονομία

Μέχρι το 2009, η Κύπρος γνώριζε οικονομική ανάπτυξη. Σε σύγκριση με τα υπόλοιπα ευρωπαϊκά κράτη που παρουσίαζαν ετησίως αύξηση του Α.Ε.Π 2%, το Α.Ε.Π της Κύπρου αυξανόταν έως και 4% ετησίως, ενώ η ανεργία ήταν μικρότερη του 3%. Η οικονομική κρίση που έπληξε και την κυπριακή οικονομία από το 2009, είχε ως αποτέλεσμα τους αργούς ρυθμούς ανάπτυξης και τις τεράστιες πιέσεις στο τραπεζικό σύστημα (Statistical Service, 2012a). Το Α.Ε.Π. για το 2014 υπολογίζεται σε €17.506,3 εκατομμύρια, σε σύγκριση με €18.118,9 εκατομμύρια το 2013 και σε €15.007,6 εκατομμύρια το 2005. Ο ρυθμός ανάπτυξης σε πραγματικούς όρους υπολογίζεται στο -2,3% κατά το 2014, σε σύγκριση με -5,4% το 2013. (Statistical Service, 2014). Συνάμα εμφανείς είναι και οι επιπτώσεις της κρίσης στα ποσοστά της ανεργίας, που αναφέρονται στο τέλος του Φεβρουαρίου 2015 στα 50.240 άτομα. (Statistical Service, 2015).

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. (Theodorou et al, 2012)

2.1.5 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 80,0 χρόνια και των γυναικών τα 84,8 χρόνια. Οι κύριες αιτίες θανάτου είναι τα καρδιαγγειακά επεισόδια, ο καρκίνος και τα τροχαία (Statistical Service, 2013).

Το κυπριακό σύστημα υγείας, δεν έχει μακρά πορεία ανάπτυξης. Η αρχή του εντοπίζεται επί Αγγλοκρατίας, όταν εισήχθη το πρώτο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, 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 (Χαραλάμπους & Σωκράτους, 2009).

Σήμερα, η Κύπρος αποτελεί το μόνο κράτος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που στερείται ενός εθνικού συστήματος υγείας, το οποίο να καλύπτει ολόκληρο τον πληθυσμό. 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 (Antoniadou, 2005). 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 (Χαραλάμπους & Σωκράτους, 2009).

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

Σύμφωνα με τα αρχαιολογικά ευρήματα και τις αρχαίες πηγές, η παροχή υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο, ανάγεται στο 480 – 470 π.Χ, χρονολογία η οποία μας παραπέμπει στην αρχαιότερη και σημαντικότερη ίσως αναφορά, στην πινακίδα του Ιδαλίου. Η πινακίδα αυτή είναι χαραγμένη και στις δύο πλευρές με συλλαβική ελληνική γραφή και διατυπώνεται σε αυτήν η συμφωνία που σύναψαν ο βασιλιάς Στασίκυπρος και ο δήμος Ιδαλίου με τον ιατρό Ονάσηλο και τα αδέρφια του, που 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 ο 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 (Παυλάκη & Ζαχαριάδου, 2011).

Από τις αρχές του 5^{ου} αιώνα π.Χ, με την αναφορά στον Ονάσηλο και μέχρι τον 4^ο αιώνα μ.Χ, έχουμε 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^{ος} αιώνας μ.Χ) και ο Απολλώνιος ο Κιτιεύς (1^{ος} αιώνας π.Χ). Ο Ζήνων έδρασε στην Αλεξάνδρεια, κατείχε το αξίωμα του αρχίατρου 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^ο 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 (Μιχαηλίδης, 2006).

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 (Δημοσθένους, 2006).

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, ίδρυσε εκεί νοσοκομείο. Ενδεικτική ακόμη περίπτωση είναι η ίδρυση εκκλησιαστικού γηροκομείου από τον επίσκοπο Ιωάννη (Δημοσθένους, 2006).

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 (Δημοσθένους, 2006).

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 (Δημοσθένους, 2006).

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 16^ο 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 (Κουρέας, 2006).

Πριν από το 19^ο 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 λοιμοκαθακτήριο, μέχρι την ανέγερση κατάλληλου κτιρίου, για την εφαρμογή των υγειονομικών μέτρων σύμφωνα με το φερμάνι του σουλτάνου, που διάταξε την ίδρυση «λαζαρέτο» (λοιμοκαθακτηρίου), σε όλα τα λιμάνια της αυτοκρατορίας, λόγω των εκτεταμένων κρουσμάτων επιδημίας πανώλης. Παράρτημα του λοιμοκαθακτηρίου 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 (Σταυρίδης, 2006).

Το λοιμοκαθαρτήριο 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 (Σταυρίδης, 2006).

Κατά την άφιξη των Άγγλων στην Κύπρο το 1878, λειτουργούσε 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 (Μαραγκού & Γεωργιάδης, 2006).

Το 1907, γίνονται προσπάθειες για ίδρυση φθισιατρείου και τον επόμενο χρόνο εγγράφεται στον προϋπολογισμό του έτους 1908, 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, οι οποίοι δέχονταν δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Το 1926, λειτουργεί το σανατόριο Αθαλάσσης, που μπορούσε να νοσηλεύσει πενήντα ασθενείς. Το 1936 κρίθηκε αναγκαία η δημιουργία σανατορίου για τους ασθενείς με φυματίωση και το 1940 λειτούργησε το σανατόριο Κυπερούνας. 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, αφού ήδη είχε λειτουργήσει το νέο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας (Μαραγκού & Γεωργιάδης, 2006).

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 περιελάμβαναν ιατρική εξέταση από ιατρικούς λειτουργούς της αποικίας, όλων των προσώπων και ζώων που επέβαιναν στο σκάφος (Μαραγκού & Γεωργιάδης, 2006).

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 (Μαραγκού & Γεωργιάδης, 2006).

Το σύστημα υγείας της Κύπρου, βασίστηκε στο σύστημα της Μ. Βρετανίας. Η χορήγηση άδειας εξάσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, άρχισε από το τέλος του 18^{ου} 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 μαιές, για να διαπιστωθεί αν είχαν τις κατάλληλες γνώσεις και την αναγκαία δεξιότητα (Μαραγκού & Γεωργιάδης, 2006).

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 (Clucas, 1952). 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. (Theodorou et al, 2012).

2.3 Οργάνωση και διοίκηση του υφιστάμενου συστήματος υγείας

Στην Κύπρο, δεν υπάρχει εθνικό σύστημα υγείας με καθολική κάλυψη του πληθυσμού, αλλά ένα μείγμα δημόσιων και ιδιωτικών φορέων παροχής υγειονομικών υπηρεσιών. (Golna et. al, 2004). Το σύστημα υγείας της Κύπρου, αποτελείται από δύο χωριστούς όσο και αλληλοδιαπλεκόμενους τομείς: το δημόσιο τομέα και τον ιδιωτικό. 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 αστικών κέντρων υγείας (συνολικά λειτουργούν είκοσι έξι κέντρα), καθώς και αγροτικών υγειονομικών κέντρων (συνολικά λειτουργούν έντεκα κέντρα 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 (Theodorou et al, 2012).

Ο ιδιωτικός τομέας περιλαμβάνει τους ιδιώτες ιατρούς και τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια, των οποίων ιδιοκτήτες είναι κατά βάση ιδιώτες ιατροί ή εταιρείες ιδιωτών ιατρών. Προσφέρει πρωτοβάθμιες, δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες 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 Παρασκευαεΐδιο Μεταμοσχευτικό Κέντρο, το Αμερικανικό Καρδιολογικό Κέντρο και το Ογκολογικό Κέντρο της Τράπεζας Κύπρου (Μάτσης, 2008).

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%. (Statistical Service, 2012b).

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 Παρασκευαεΐδιο 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 των υπηρεσιών αυτών (Μάτσης, 2008).

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 στους ασθενείς είναι περιορισμένη. (Golna et. al, 2004).

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. Ακόμη, αν 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 ότι 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. (Golna, 2004). Επίσης, αν κάποια θεραπεία, δεν προσφέρεται από το δημόσιο τομέα, τότε ο ασθενής απευθύνεται στον ιδιωτικό (Theodorou et al, 2012).

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. 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 (Theodorou et al, 2012).

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 (Μάτσης, 2008). 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 κατοίκων φροντίδας (Υπουργείο Υγείας, 2015). Ο ρόλος του Υπουργείου Υγείας, επεκτείνεται και στα ιδιωτικά νοσοκομεία και πολυκλινικές, αφού αυτά ελέγχονται, ρυθμίζονται και αξιολογούνται από αυτό, σύμφωνα με τους υπάρχοντες νόμους περί ιδιωτικών νοσοκομείων. Υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας, λειτουργεί επίσης και ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) (Theodorou et al, 2012).

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 (Theodorou et al, 2012).

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 φυσιοθεραπείας. 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 (Theodorou et al, 2012).

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 κατοίκων υπηρεσιών σε ηλικιωμένα άτομα και άτομα με αναπηρίες (Theodorou et al, 2012).

Στο Υπουργείο Άμυνας, υπάγεται το στρατιωτικό νοσοκομείο, που παρέχει 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 (Theodorou et al, 2012).

Στην παροχή φροντίδας υγείας συμβάλλουν επίσης εθελοντικοί οργανισμοί, όπως ο αντικαρκινικός σύνδεσμος, οι οποίοι χρηματοδοτούνται, τόσο από δωρεές, όσο και από το Υπουργείο Υγείας (Theodorou et al, 2012).

Επιπλέον, υφίστανται συστήματα υγειονομικής φροντίδας, όπως τα συστήματα Εργοδοτικών Οργανώσεων, τα οποία παρέχουν κυρίως υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας (ΠΕΟ, ΣΕΚ, ΔΕΟΚ), τα συστήματα ημι – κρατικών Οργανισμών, που παρέχουν υπηρεσίες υγείας στους υπαλλήλους τους (ΑΤΗΚ, ΑΗΚ, ΕΤΥΚ) και τα συστήματα ιδιωτικής ασφάλισης υγείας (Υπουργείο Υγείας, 2015)

Οι επαγγελματίες υγείας στην Κύπρο εκπροσωπούνται από τον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο, τον Παγκύπριο Σύλλογο Νοσηλευτών και Μαιών, την Ένωση Δημόσιων Ιατρών, την Ένωση Δημόσιων Νοσηλευτών και τον Παγκύπριο Σύνδεσμο Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων, 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 (Theodorou et al, 2012)

2.4 Χρηματοδότηση του υφιστάμενου συστήματος υγείας

Σύμφωνα με τα πρόσφατα στατιστικά δεδομένα της Κυπριακής Στατιστικής Υπηρεσίας, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία το 2012, υπολογίζονται στο 7,1% του Α.Ε.Π και ανέρχονται στα 1.257,1 εκατομμύρια ευρώ, από τα οποία τα 578,4 εκατομμύρια είναι δημόσιες δαπάνες και 678,7 εκατομμύρια είναι ιδιωτικές δαπάνες (Statistical Service, 2012c). 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

αποκαλύπτει ότι ο τομέας της υγείας, είναι χαμηλής προτεραιότητας στην κυβερνητική πολιτική ατζέντα (Theodorou et al, 2012).

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, καθώς επίσης εξαιτίας της έλλειψης Εθνικού Σχεδίου Υγείας. Σύμφωνα με την τελευταία έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, ο συνολικός προϋπολογισμός του τομέα της υγείας ανέρχεται περίπου στο 6,5% του ΑΕΠ, σε αντίθεση με το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που είναι 11,3%. (Μάτσης, 2008).

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 2012, το 41,5% των δαπανών υγείας, προήλθε από τον κρατικό προϋπολογισμό, το 48,8% από ιδιωτικές πληρωμές των ασθενών και το 5,5% από εθελοντικές οργανώσεις πολιτών. (Statistical Service, 2012).

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 2012, ο προϋπολογισμός του Υπουργείου Υγείας, ανήλθε στα 609 εκατομμύρια ευρώ, το 2011 ήταν υψηλότερος στα 643 εκατομμύρια ευρώ, ενώ το 2010 υπολογίστηκε στα 603 εκατομμύρια ευρώ (Theodorou et al, 2012).

Το Υπουργείο Υγείας, είναι αποκλειστικά υπεύθυνο για την εφαρμογή του προϋπολογισμού και κανένας δημόσιος παροχέας δεν μπορεί να υπερβεί τα όρια που έχει θέσει ο

προϋπολογισμός. Τα δημόσια νοσοκομεία και κέντρα υγείας, τα οποία αποτελούν μονάδες του Υπουργείου Υγείας, δεν έχουν οποιανδήποτε αυτονομία (Theodorou et al, 2012).

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 καταβάλει 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 (Theodorou et al, 2012). Το παραπάνω γεγονός υποδεικνύει ότι δεν επιτυγχάνονται οι βασικές αρχές της ισότιμης και καθολικής κάλυψης (Golna et. al, 2004).

Το δικαίωμα πρόσβασης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, εξαρτάται από το ετήσιο εισόδημα του κάθε πολίτη. Οι πολίτες που δικαιούνται σχεδόν δωρεάν φροντίδα υγείας και έχουν ετήσιο εισόδημα κάτω από 15,380 ευρώ, αναφέρονται ως Δικαιούχοι Α. Οι πολίτες που το ετήσιο εισόδημα τους είναι μεταξύ 15,380 – 20,500 ευρώ και αναφέρονται ως Δικαιούχοι Β, υποχρεούνται 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 (Theodorou et. al, 2012)

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 (Theodorou et al, 2012).

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. Το 2012, το 83,5% των ιδιωτικών δαπανών,

αποτελούσαν οι απευθείας ιδιωτικές πληρωμές και το 9,4% οι πληρωμές μέσω προγραμμάτων ιδιωτικής ασφάλισης υγείας (Theodorou et. al, 2012). Οι ιδιωτικές πληρωμές, εξασφαλίζουν στον ασθενή το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του ιατρού ή και του νοσοκομείου που θέλει να χρησιμοποιήσει (Σαρρής, 2001).

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, που 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. 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 (Theodorou et al, 2012).

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 (Θεοδώρου et. al, 2001).

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. 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 με την εφαρμογή του νέου Γενικού Σχεδίου Υγείας, το

ποσοστό αυτό θα μειωθεί, εφόσον θα υπάρξει καθολική κάλυψη στον τομέα της υγείας (Theodorou et al, 2012).

Εργοδότες και εργατικά συνδικάτα, παρέχουν ιατροφαρμακευτική κάλυψη στους εργοδοτούμενους τους, μέσω σχεδίων. Τα σχέδια αυτά προνοούν δωρεάν κάλυψη, χωρίς εισφορές των δικαιούχων, που είναι υπάλληλοι ημι-κρατικών οργανισμών, όπως είναι η ΑΤΗΚ και ΑΗΚ. Υπολογίζεται, το 4% του πληθυσμού απολαμβάνει υπηρεσίες που παρέχονται από τους ημι-κρατικούς οργανισμούς (Μάτσης, 2008).

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 (Μάτσης, 2008).

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 (Theodorou et al, 2012).

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. Στ

ην Κύπρο λειτουργούν πέντε δημόσια γενικά νοσοκομεία κατά επαρχία, που προσφέρουν δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Το Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας είναι το μεγαλύτερο σε κλίνες και προσφέρει εξειδικευμένη φροντίδα σε ασθενείς που προέρχονται και από την επαρχία, όπου δεν προσφέρεται σε πολλές περιπτώσεις η φροντίδα αυτή. Επίσης λειτουργούν δύο αγροτικά νοσοκομεία, ένα νοσοκομείο ψυχικής φροντίδας και ένα εξειδικευμένο νοσοκομείο σε θέματα παιδιατρικής και μαιευτικής (Theodorou et al, 2012).

Πρωτοβάθμια φροντίδα στο δημόσιο τομέα, παρέχεται από τα 38 κέντρα υγείας και τα 235 κέντρα που βρίσκονται σε αγροτικές περιοχές. Λειτουργούν ακόμη 81 ιδιωτικά νοσοκομεία, πολυκλινικές και κέντρα ημέρας (Μάτσης, 2008). Από τα στοιχεία της Στατιστικής Υπηρεσίας και Ερευνών του 2012, φαίνεται ότι συνολικά υπάρχουν 2999 νοσοκομειακές κλίνες, εκ των οποίων οι 1552 ανήκουν στα δημόσια νοσηλευτήρια και οι 1447 στα ιδιωτικά. Το νοσοκομείο ψυχικής φροντίδας Αθαλάσσα διαθέτει 144 κλίνες, ενώ το Μακάριο Νοσοκομείο διαθέτει 200 κλίνες. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία διαθέτουν συνολικά 755 κλίνες, οι ιδιωτικές πολυκλινικές 338, οι ιδιωτικές κλινικές 294 και τα ιδιωτικά κέντρα ημέρας περίπου 60 κλίνες (Statistical Service, 2012b).

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. Συγκριτικά με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, η Κύπρος διαθέτει μεγάλο αριθμό μαγνητικών και αξονικών τομογράφων, οι περισσότεροι των οποίων ανήκουν στον ιδιωτικό τομέα υγείας (Theodorou et al, 2012).

Τα τελευταία χρόνια αυξήθηκαν οι ιατροί, οι οδοντίατροι, το νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό. Ο μεγαλύτερος αριθμός των ιατρών και οδοντίατρων 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 (Μάτσης, 2008). 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 (Cyprus Medical Association, 2015).

2.6 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 (Theodorou et al, 2012).

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 μακρού χρόνου αναμονής. Επιπλέον πρόβλημα πρόσβασης έχουν ορισμένες ομάδες πληθυσμού, όπως οι μετανάστες. Ακόμη, είναι περιορισμένη η κάλυψη του πληθυσμού όσον αφορά την οδοντιατρική φροντίδα, 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 (Theodorou et al, 2012).

2.6.1 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 υγείας. Τέτοιες δράσεις είναι η επιδημιολογική παρακολούθηση, ο 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 υγείας (Theodorou et al, 2012).

2.6.2 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 (Theodorou et al, 2012).

2.6.3 Ενδονοσοκομειακή Φροντίδα Υγείας

Η ενδονοσοκομειακή φροντίδα παρέχεται στα δημόσια και ιδιωτικά νοσηλευτήρια. Η σχέση ανάμεσα στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας είναι σχεδόν ανύπαρκτη, εφόσον δεν υπάρχει κανένα σύστημα παραπομπής (Theodorou et al, 2012).

2.6.4 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 (Theodorou et al, 2012).

2.6.5 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 έκτακτης ανάγκης λειτουργούν σε 24ωρη βάση και ο κάθε πολίτης μπορεί να έχει πρόσβαση ανά πάσα στιγμή (Theodorou et al, 2012).

2.6.6 Φαρμακευτική Φροντίδα

Η αρμόδια εθνική αρχή του Υπουργείου Υγείας για τη ρύθμιση και την εποπτεία της κατασκευής και πώλησης των 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 οι πολίτες μπορούν να τα προμηθευτούν 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. Οι ιατροί του δημόσιου τομέα υγείας απαιτείται να συνταγογραφούν φαρμακευτικά προϊόντα, που περιλαμβάνονται στο εγκεκριμένο συνταγολόγιο, ενώ οι ιδιώτες ιατροί δεν είναι υποχρεωμένοι να ακολουθούν την ίδια τακτική. 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 γενόσημα φάρμακα (Theodorou et al, 2012).

2.6.7 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 Μέγαθρο 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 (Theodorou et al, 2012).

2.6.8 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 αναπηρίες. 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 κατοίκων επισκέψεις για τους ψυχικά ασθενείς, άτομα με ειδικές ανάγκες και ηλικιωμένους που ζουν μόνοι τους (Theodorou et al, 2012).

2.6.9 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 και εν μέρει από εθελοντικές μη κυβερνητικές οργανώσεις, όπως είναι ο Αντικαρκινικός Σύνδεσμος Κύπρου και ο Σύνδεσμος Καρκινοπαθών και Φίλων. 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 πέραν από την κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας στην παρηγορητική φροντίδα, είναι αναγκαίο να δημιουργηθούν περισσότερα εκπαιδευτικά προγράμματα για επαγγελματίες υγείας παρηγορητικής φροντίδας. Επίσης είναι αναγκαία η βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των ομάδων της κατοίκων φροντίδας και των ογκολόγων, η καλύτερη συνεργασία όλων των οργανώσεων που προσφέρουν παρηγορητική φροντίδα, και η ενίσχυση της δημόσιας χρηματοδότησης (Theodorou et al, 2012).

2.6.10 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 Αθαλάσσας 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 Αθαλάσσας. Τα τελευταία χρόνια, έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στα προβλήματα ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων, καθώς και στον εθισμό σε εξαρτησιογόνες ουσίες (Theodorou et al, 2012).

2.6.11 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 (Theodorou et al, 2012).

2.6.12 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 ένσταση που προβάλλει ο Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος (Theodorou et al, 2012).

2.6.13 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, είτε δεν έχουν εύκολη πρόσβαση, είτε δεν έχουν καθόλου σχεδόν 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 αρμοδίως να αντιμετωπιστεί είναι η συχνή και σε πολλές περιπτώσεις μη αναγκαία επίσκεψη τους στα δημόσια νοσοκομεία (Theodorou et al, 2012).

2.6.14 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 (Theodorou et al, 2012).

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 (Golna et al, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΥΓΕΙΑΣ (ΓΕΣΥ) ΚΥΠΡΟΥ

Η Κύπρος, αποτελεί το μόνο κράτος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που στερείται ενός εθνικού συστήματος υγείας, το οποίο να καλύπτει ολόκληρο τον πληθυσμό. Διάφοροι ιδεολογικοί, πολιτικοί, κοινωνικοί, οικονομικοί και πολιτισμικοί παράγοντες, έχουν καθορίσει σε σημαντικό βαθμό, τόσο την τυπολογία και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κυπριακού συστήματος υγείας, όσο και τον τρόπο ανάπτυξης, οργάνωσης, χρηματοδότησης και διαχείρισης του. (Χαραλάμπους & Σωκράτους, 2009).

Το υφιστάμενο σύστημα υγείας της Κύπρου χαρακτηρίζεται από την έλλειψη συντονισμού μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, που οδηγεί σε σπατάλες πόρων και διπλές αχρείαστες υποδομές, όπως επίσης και από την έλλειψη οργανωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Παρά την πλήρη κάλυψη υπηρεσιών για τους δικαιούχους του δημόσιου τομέα υπηρεσιών υγείας, 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. Σημαντικό χαρακτηριστικό 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 επαρκούς ελέγχου και επιβολής 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 έχει τη δυνατότητα εξυπηρέτησης περίπου του 50% του πληθυσμού με αποτέλεσμα τη δημιουργία λιστών αναμονής. 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, αποτελούν μεγάλες προκλήσεις που πρέπει να αντιμετωπίσει ο τομέας υγείας της Κύπρου. Σήμερα βρισκόμαστε σε ένα κομβικό σημείο, καθώς η πρόοδος στον τομέα της τεχνολογίας, η γήρανση του πληθυσμού και το

υψηλό κόστος των υπηρεσιών υγείας επιτάσσουν τη ριζική μεταρρύθμιση του. Επομένως, κρίνεται πλέον επιτακτική ανάγκη, η δημιουργία ενός Γενικού Συστήματος Υγείας που να παρέχει καλύτερη ποιότητα ιατρικών υπηρεσιών στους πολίτες (Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, 2012).

Επισημαίνεται ότι, το Γενικό Σχέδιο Υγείας είναι ένα θέμα που συζητείται εδώ και δεκαετίες, αφού η ανάγκη για εφαρμογή του, χρονολογείται περίπου μετά την ανεξαρτησία της Κύπρου. 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 έχουν τεθεί, αναβλήθηκε επανειλημμένα. Προς το παρόν, η μόνη διαδικασία που έχει επιτευχθεί είναι η δημιουργία του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ), ο οποίος έχει οριστεί ως το υπεύθυνο σώμα για την υλοποίηση του νέου συστήματος υγείας. Παρόλα αυτά, τελευταίως παρατηρείται μια έντονη κινητικότητα για την υλοποίηση του, λόγω του ότι αποτελεί μνημονιακή υποχρέωση. 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 την περίοδο του προγράμματος της οικονομικής στήριξης της Τρόικας. Ένα αποτελεσματικό και βιώσιμο ΓεΣΥ μπορεί να συνδράμει στη μείωση των αρνητικών επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης, τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα υγείας. Έτσι, η δημιουργία του ΓεΣΥ θα καθορίσει νέες δομές στον τρόπο λειτουργίας και παροχής των υπηρεσιών υγείας, όπως επίσης θα διαφοροποιήσει τον τρόπο εργασίας των επιστημόνων υγείας και συνεργατών. Η εισαγωγή του νέου Γενικού Σχεδίου Υγείας, αποτελεί την πιο σημαντική μελλοντική μεταρρύθμιση στην Κύπρο.

3.1 Ιστορία του σύγχρονου συστήματος υγείας της Κύπρου από την ανεξαρτησία της Κύπρου το 1960

Με την ανακήρυξη της Κυπριακής Δημοκρατίας το 1960, ο τομέας της υγείας, σε ότι αφορά τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας, συνέχισε να λειτουργεί με το αποικιοκρατικό σύστημα. Το υφιστάμενο αποικιακό σύστημα υγείας, σταδιακά μετεξελίχτηκε με αποτέλεσμα να παρέχει δωρεάν περίθαλψη στο 65% και μερικώς στο 15 – 20% του πληθυσμού (Αναστασιάδης, 2016). 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 μέρος των εξόδων 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, διαμέσου του Παγκύπριου Ιατρικού Συλλόγου (Ιωάννου, 2010).

Την ανάγκη σύνταξης μελέτης για την εισαγωγή Σχεδίου Υγείας αντιλήφθηκε πρώτος ο πρόεδρος της Δημοκρατίας κος Τάσος Παπαδόπουλος, 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. Όταν αργότερα ολοκληρωθεί το σχέδιο, να δημιουργηθεί η Εθνική Υπηρεσία Υγείας (Ιωάννου, 2010).

Η δεύτερη μελέτη έγινε το 1972, από την W.H.O (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας), όταν Υπουργός Υγείας ήταν ο κ. Γλυκός. Συντάκτης της μελέτης ήταν ο R.F.Bridgman, σύμβουλος της W.H.O. Η μελέτη έχει τίτλο: “Assignment Report. Organization of Medical Care Services in Cyprus” και ασχολείται 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 (Ιωάννου, 2010).

Το 1977, σε μια τρίτη προσπάθεια, η εκτεταμένη και λεπτομερής έκθεση του Η.Ο.Theile, εμπειρογνώμονα του Διεθνούς Γραφείου Εργασίας, εισηγείται την εισαγωγή 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 (Ιωάννου, 2010).

Βάσει των προτάσεων του Η.Ο 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 του κόστους. Το συμπέρασμα της μελέτης, είναι ότι το ποσοστό επί του ασφαλιστέου εισοδήματος που χρειάζεται για την κάλυψη των εξόδων των υπηρεσιών που θα προσέφερε το Σχέδιο ήταν 5.59% και προτείνει αρχική εισφορά ύψους 6% 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 μέλη (Ιωάννου, 2010).

Επί διακυβέρνησης Σπύρου Κυπριανού, ανατέθηκε στο βρετανικό οίκο Llewelyn – 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 (Αναστασιάδης, 2016).

Το Υπουργείο Υγείας, βασισμένο στις εισηγήσεις των δύο τελευταίων εκθέσεων των εμπειρογνώμων, συνέταξε το Σχέδιο Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας, βάσει αυτού έγινε το 1980 η κύρια τροποποίηση του συστήματος που αφορούσε το εισόδημα των Κυπρίων πολιτών, το οποίο θα καθόριζε την πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας (Theodorou et al, 2012). 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 δίκτυ ασφαλείας 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 (Golna et al, 2004).

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 (Ιωάννου, 2010).

3.1.1 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 είχε ακόμη υλοποιηθεί. 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 μη επαυξητικές μεταρρυθμίσεις. Επίσης, εξαιτίας των διαφόρων αντιστάσεων σε πολιτικό επίπεδο των εκάστοτε κυβερνήσεων της Κύπρου (Αναστασιάδης, 2016). Η έλλειψη, όμως ενός συστήματος αποτελεσματικής κάλυψης των ιατροφαρμακευτικών αναγκών του λαού, αποτελούσε σημαντικό κενό στη γενική κοινωνική πολιτική του κράτους. Η Κυβέρνηση συνειδητοποίησε πόσο επείγον ήταν το θέμα εισαγωγής ενός Γενικού σχεδίου Υγείας στην Κύπρο από τις διάφορες αδυναμίες και ελλείψεις που χαρακτήριζαν το τότε σύστημα υγείας. Κύρια χαρακτηριστικά του τότε συστήματος υγείας, αποτελούσαν η μεγάλη συμφόρηση που χαρακτήριζε το δημόσιο τομέα σε βάρος της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονταν, ιδιαίτερα όσον αφορά τις υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών, η οποία παρέμενε άλυτη για χρόνια παρά την τεράστια ανάπτυξη των νοσοκομειακών μονάδων και τη δημιουργία κέντρων για εξωτερικούς ασθενείς, εκτός των νοσοκομείων. 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 εργατικών συνδικάτων 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 αδύνατες 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 (Υπουργείο Υγείας, 1991).

Το 1990, ο Υπουργός Υγείας της κυβέρνησης Γ. 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 (Αναστασιάδης, 2016). 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 (Ιωάννου, 2010).

3.1.1.1 Κάλυψη

Η κάλυψη θα είναι καθολική και θα στηρίζεται στο θεσμό των Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Όλοι οι συμμετέχοντες στις Κοινωνικές Ασφαλίσεις θα γίνονται υποχρεωτικά μέλη του Σχεδίου και θα συνεισφέρουν σε αυτό. Στην ομάδα αυτή περιλαμβάνονται οι συνταξιούχοι του Σχεδίου Κοινωνικών Ασφαλίσεων και οι άνεργοι. Οι συνταξιούχοι, πιθανόν να πληρώνουν ένα ποσό της συνεισφοράς στο Ταμείο Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης. Η συνεισφορά των ανέργων, θα 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 (Κυπριακή Κυβέρνηση, 1991).

3.1.1.2 Ταμείο Ασφάλισης Υγείας

Δημιουργία Ειδικού Ταμείου Ασφάλισης Υγείας, 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 (Κυπριακή Κυβέρνηση, 1991).

3.1.1.3 Ωφελήματα – Υπηρεσίες του Σχεδίου

Το Σχέδιο θα παρέχει ωφελήματα – υπηρεσίες τόσο σε πρωτοβάθμιο όσο και σε ανώτερα επίπεδα φροντίδας. Μεταξύ άλλων θα περιλαμβάνονται οι επισκέψεις ασθενών στους γενικούς παθολόγους, περιλαμβανομένων των επισκέψεων στο σπίτι, γενική νοσοκομειακή περίθαλψη και όλες οι παρεμφερείς υπηρεσίες σε δευτεροβάθμιο ή τριτοβάθμιο επίπεδο, μαιευτική παρακολούθηση προς τη μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και τη μετέπειτα περίοδο και ιατρική παρακολούθηση του παιδιού μέχρι ηλικίας 2 χρονών. 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 θα πληρώνει μόνο για τα φάρμακα που θα περιλαμβάνονται στον εκάστοτε κατάλογο που θα ετοιμάσει το Διοικητικό Συμβούλιο του Σχεδίου (Κυπριακή Κυβέρνηση, 1991).

3.1.1.4 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 δυναμικού, τόσο του ιδιωτικού όσο και του δημόσιου τομέα. Σε περιπτώσεις όπου παρατηρείται περιορισμένη χρήση διευκολύνσεων, ιδιαίτερα των νοσοκομειακών διευκολύνσεων του δημόσιου τομέα, τότε το Σχέδιο είναι δυνατόν να επιβάλει περιορισμούς στην ελεύθερη επιλογή νοσοκομείου-κλινικής. Αυτό είναι 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 (Κυπριακή Κυβέρνηση, 1991).

3.1.1.5 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 εκλογή 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, θα υπάρχει ένας μέγιστος αριθμός ασθενών που θα δικαιούται κάθε ιατρός ή μονάδα να διατηρεί στους καταλόγους του. Οι δικαιούχοι – ασθενείς δεν θα μπορούν να προσφεύγουν σε ειδικούς ιατρούς χωρίς παραπομπή από γενικό ιατρό (παθολόγο). 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. Η ελεύθερη επιλογή νοσοκομείου ή κλινικής θα περιορίζεται σε περίπτωση που δε θα γίνεται ικανοποιητική χρήση των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων του δημόσιου τομέα, αφού το Σχέδιο θα πρέπει να εξασφαλίζει την πλήρη αξιοποίηση όλων των υφιστάμενων διευκολύνσεων (Κυπριακή Κυβέρνηση, 1991).

3.1.1.6 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 τάξης 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 (αναλύσεις, ακτινογραφίες κτλ.) στις οποίες προσφεύγει, σαν αντικίνητρο υπερβολικής χρήσης. 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 την αναγκαία φυσιοθεραπεία, αναλύσεις, ακτινογραφίες και φάρμακα. Πέρα από ένα μέγιστο αριθμό ημερών το Σχέδιο δε θα υποχρεώνεται να καλύψει το κόστος παραμονής των ασθενών. Οι εγχειρήσεις θα πληρώνονται σύμφωνα με συμφωνημένο τιμοκατάλογο (Κυπριακή Κυβέρνηση, 1991).

3.1.1.7 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 (Κυπριακή Κυβέρνηση, 1991).

3.1.1.8 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 εισπραξής), αποτελεί σύστημα κοινωνικοποίησης των κινδύνων, οι συνεισφορές είναι δίκαιες αφού συσχετίζονται με το εισόδημα και τα ψηλά εισοδήματα μερικώς επιδοτούν τα χαμηλά. Οι συνεισφορές θα είναι τριμερείς και θα προέρχονται από τους εργαζόμενους, τους εργοδότες και το Κράτος (Κυπριακή Κυβέρνηση, 1991).

3.1.1.9 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 επιβάλλονται στο σύνολο των απολαβών αλλά μέχρι ενός ανώτατου σημείου. 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 είναι 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 από καταβολή τέλους στο σημείο 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 (Κυπριακή Κυβέρνηση, 1991).

3.2 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 (Θεοδώρου & Σισσούρας, 1993).

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 (Θεοδώρου & Σισσούρας, 1993).

Η ομάδα εμπειρογνομόνων που κλήθηκε για τη μελέτη της εισαγωγής του Εθνικού Ασφαλιστικού Σχεδίου Υγείας (ΕΑΣΥ) στην Κύπρο, είχε ως εντολή να μελετήσει το υφιστάμενο σύστημα υγείας, να εντοπίσει τις αδυναμίες των διαθέσιμων στατιστικών στοιχείων, ιδιαίτερα σε ότι αφορά τα στοιχεία που είναι αναγκαία για την κοστολόγηση του Σχεδίου και να εισηγηθεί τρόπους συμπλήρωσης των κενών. Να προβεί σε εκτίμηση των Βασικών Αρχών που εξήγγειλε η Κυβέρνηση και να οργανώσει και διεξάγει σεμινάρια για την εξύψωση του επιπέδου ενημέρωσης αναφορικά με το Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας. Να εισηγηθεί τον τύπο του Εθνικού Ασφαλιστικού Σχεδίου Υγείας που είναι κατάλληλο για την Κύπρο, υποβάλλοντας αναθεωρημένες τις Βασικές Αρχές που εξήγγειλε η Κυβέρνηση. Τέλος να ετοιμάσει προκαταρκτικό υπολογισμό κόστους του Εθνικού Ασφαλιστικού Σχεδίου Υγείας και όταν θα συλλεχτούν αρκετά και ακριβή στοιχεία να ετοιμάσει και υποβάλει την τελική κοστολόγηση (Ομάδα Συμβούλων, 1992).

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 καθηγητές αναγνωρισμένης αξίας ξένων πανεπιστημίων, 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 καθορίζουν 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 (Θεοδώρου & Σισσούρας, 1993). Οι παραπάνω μελέτες των επιστημόνων αποτέλεσαν την πιο ενδελεχή, διεξοδική και σε βάθος εισήγηση για την εισαγωγή Σχεδίου Υγείας στην Κύπρο (Ιωάννου, 2010). Οι προτάσεις των εμπειρογνομόνων στην Τελική Έκθεση της Μελέτης για το Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας, προβλέπουν την υποχρεωτική ασφάλιση και συμμετοχή σε ένα και μοναδικό Εθνικό Σχέδιο, που να αντανακλά την αρχή της κοινωνικής αλληλεγγύης. Τη δημιουργία ενός «σφαιρικού προϋπολογισμού» για τη χρηματοδότηση του Εθνικού Ασφαλιστικού Σχεδίου Υγείας, που θα χρηματοδοτείται από εισφορές της Κυβέρνησης, των εργοδοτών και εργοδοτούμενων, οι οποίοι θα επιβαρύνονται με τέλη 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 τον αυστηρό έλεγχο της δαπάνης. (Ομάδα Συμβούλων, 1992).

Τη δημιουργία μιας Αρχής του Εθνικού Ασφαλιστικού Σχεδίου Υγείας, η οποία θα χρησιμοποιεί το σφαιρικό προϋπολογισμό για την αγορά 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 επίπεδα φροντίδας υγείας, θα επιβλέπει την απόδοση και θα αγοράζει ιατρική φροντίδα από συμβεβλημένους ιατρούς, οικονομικά αποδοτικούς προμηθευτές, από τον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα. Τη 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 προμηθευτές και θα αμείβονται επαρκώς πάνω στη βάση του αριθμού των ασθενών που θα είναι εγγεγραμμένοι στον κατάλογο τους. Οι οικογενειακοί ιατροί θα ενεργούν ως «φύλακες» για την πρόσβαση των ασθενών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα. Την προαγωγή της επιλογής, καθιστώντας τους ασθενείς ικανούς να επιλέγουν τους οικογενειακούς τους ιατρούς και εφόσον έχουν παραπεμφθεί, την ελευθερία επιλογής μεταξύ των εγγεγραμμένων ειδικών ιατρών του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. (Ομάδα Συμβούλων, 1992).

Την αναδιοργάνωση των νοσοκομείων του δημόσιου τομέα, τα οποία θα υποχρεωθούν στο μέλλον να συναγωνιστούν με τον ιδιωτικό τομέα πάνω σε ίση βάση και θα αυτοχρηματοδοτούνται, προσελκύοντας ασθενείς που θα χρηματοδοτούνται από το Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας. Μια προϋπόθεση για αυτό είναι η οικονομική και διευθυντική ανεξαρτησία των δημοσίων νοσοκομείων από το Υπουργείο Υγείας και η ανάπτυξη μιας συναγωνιστικής μορφής διαχείρισης. Τυχόν αποτυχία, θα έχει ως αποτέλεσμα την μετατόπιση ασθενών του Εθνικού Ασφαλιστικού Σχεδίου Υγείας στον ιδιωτικό τομέα, με αποτέλεσμα την απώλεια εισοδήματος. Τη ρύθμιση της δυναμικότητας (κλίνες, εξοπλισμός) και την 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. Επίσης θα εισαχθεί περιορισμένος κατάλογος φαρμακευτικών σκευασμάτων. Τεχνολογίες που δεν μπορούν να αποδειχθούν χρήσιμες δεν θα τυγχάνουν αποζημίωσης από το Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας. Την υιοθέτηση της πολιτικής αγοράς αγαθών και υπηρεσιών σε μεγάλες ποσότητες 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. Τέλος τον καθορισμό των επιπέδων της παρεχόμενης ποιότητας όλων των προμηθευτών υγείας. Το Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας θα εξετάζει την αποδοτικότητα των προμηθευτών και θα τη συγκρίνει με συμφωνημένα πρωτόκολλα τα οποία καθορίζουν την κατάλληλη ιατρική εξάσκηση (Ομάδα Συμβούλων, 1992).

3.2.1 Εισηγήσεις 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 κρίνει ότι η Έκθεση είναι επιστημονικά ολοκληρωμένη και σύμφωνη με τις κατευθυντήριες γραμμές και οδηγίες που έχουν δοθεί στους εμπειρογνώμονες από την Κυβέρνηση. Τονίζει όμως κάποια σημεία που χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή (Υπουργείο Υγείας, 1992).

Εισηγείται την αναδιοργάνωση του Υπουργείου Υγείας και τη δημιουργία των κατάλληλων διευθύνσεων με την επάνδρωσή τους με το κατάλληλο επιστημονικό προσωπικό. Η αλλαγή του τρόπου διεύθυνσης και διοίκησης των νοσοκομείων είναι αναγκαία και τονίζεται ότι πρέπει να προηγηθεί της εισαγωγής του Γενικού Σχεδίου Υγείας. Η έλλειψη εξειδικευμένου και καταρτισμένου προσωπικού για τη Διοίκηση, Οργάνωση και Λειτουργία του Σχεδίου, πρέπει να αντιμετωπιστεί έγκαιρα και αποτελεσματικά. Η Κυβέρνηση στις βασικές αρχές που εξήγγειλε θεωρεί αναγκαία την εισαγωγή συμπληρωματικών πληρωμών, δηλαδή επιπρόσθετων πληρωμών από τους ασθενείς (co-payments). Οι εμπειρογνώμονες επιμένουν ότι η εισαγωγή του πιο πάνω θεσμού δε θα είναι αποτελεσματική στην εξοικονόμηση πόρων και πιστεύεται 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 χορήγησης τους, θα πρέπει να μελετηθεί περαιτέρω λόγω της πολυπλοκότητας του και των εμπλεκόμενων συμφερόντων. Οι εμπειρογνώμονες στην Έκθεση τους αφήνουν εκτός Σχεδίου τη Ψυχιατρική Φροντίδα και εισηγούνται την ένταξη της σε μελλοντικό στάδιο μετά τη λειτουργία του Σχεδίου. Η Τεχνική Επιτροπή εισηγείται όπως η Ψυχιατρική φροντίδα που παρέχεται σε εξωτερικά ιατρεία να συμπεριληφθεί στο Σχέδιο. Στο σχέδιο δεν περιλήφθηκε επίσης η αποστολή 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 περιλαμβάνει 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 βρίσκει σύμφωνη την Τεχνική Επιτροπή. Όσον αφορά την κατανομή του κόστους, η Τεχνική Επιτροπή εισηγείται πως το θέμα είναι πιο σύνθετο από ότι εισηγούνται οι εμπειρογνώμονες και πρέπει να μελετηθεί από το Γραφείο Προγραμματισμού και το Υπουργείο Οικονομικών. Εισηγείται 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 λειτουργών να πρέπει να μεταφερθεί στην Πρωτοβάθμια Ιατρική του Σχεδίου. Σύμφωνα με την Τεχνική Επιτροπή, ο τρόπος απασχόλησής τους είναι ένα θέμα που πρέπει να μελετήσει η Κυβέρνηση (Υπουργείο Υγείας, 1992).

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 (Ιωάννου, 2010).

Το Υπουργείο Υγείας, ήταν έτοιμο να στείλει το σχετικό νομοσχέδιο στο Υπουργικό Συμβούλιο για έγκριση, όταν παρουσιάστηκε ξαφνικά η αρνητική αντίδραση και σοβαρές αμφισβητήσεις από την πλειονότητα 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»! (Αναστασιάδης, 2016).

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 (Αναστασιάδης, 2016).

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 (Αναστασιάδης, 2016).

3.3 Ο περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμος του 2001

Μετά από μια μακρά περίοδο δημόσιου διαλόγου, κατά την προεδρία του κ. Γλαύκου Κληρίδη ψηφίστηκε εν τέλει από τη Βουλή το 2001, ο περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμος, ο οποίος προβλέπει για την εισαγωγή Γενικού Συστήματος Υγείας και αποτελεί 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 εμπειρογνομώνων του 1992. Βάση τον περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμο (Ν.89(Ι)/2001), συστάθηκε ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ), που 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 προμηθευτές 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 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 και οκτώ διοριζόμενα μέλη που αντιπροσωπεύουν την Κυβέρνηση της Δημοκρατίας, τις εργοδοτικές οργανώσεις, τις εργατικές οργανώσεις και τους αυτοτελώς εργαζομένους. 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 (Ν.89(Ι)/2001).

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. Επισημάνεται 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 (Ν.89(Ι)/2001).

Ίδρυση Ταμείου Ασφάλισης Υγείας, οι πόροι του οποίου είναι οι εισφορές των δικαιούχων, δωρεές και κληροδοτήματα, πρόσδοι 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 (Ν.89(Ι)/2001).

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 άλλης ειδικότητας, οι οποίοι επιλέγονται από το δικαιούχο. Για τους σκοπούς παροχής υπηρεσιών γενικής ιατρικής, ο Οργανισμός συμβάλλεται μόνο με ιδιώτες ιατρούς που έχουν ειδική εκπαίδευση 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 παιδίατρο ή προσωπικού ιατρού της επιλογής του γονέα ή του κηδεμόνα του (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 κατάλόγο 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 (Ν.89(Ι)/2001).

Η παρεχόμενη ιατροφαρμακευτική φροντίδα υγείας από το ΓεΣΥ, περιλαμβάνει τις εξής κατηγορίες υπηρεσιών που αναφέρονται πιο κάτω, 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. Επίσης, τις αναγκαίες απεικονιστικές διαγνωστικές εξετάσεις, κλινικές εργαστηριακές εξετάσεις, εξειδικευμένες βιοϊατρικές εργαστηριακές εξετάσεις. Ταυτόχρονα, 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. Ακόμη, 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. Επιπρόσθετα, μεταφορά με ασθενοφόρο και φροντίδα υγείας σε περίπτωση ατυχήματος και επείγοντος περιστατικού. Ο Οργανισμός δεν καλύπτει χρόνια ψυχιατρική ιδρυματική ή υποχρεωτική φροντίδα (Υπουργείο Υγείας, 2014).

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποτελεί το μοναδικό Οργανισμό διαχείρισης, ο οποίος με το 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 (Ν.89(Ι)/2001).

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 (Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, 2011).

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, θα καλύπτει τις επισκέψεις των ασθενών στον προσωπικό ιατρό, καθώς και τη φαρμακευτική αγωγή που θα συνταγογραφεί. 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,

δύναται 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 (Ν.89(Ι)/2001).

Ο Οργανισμός υποβάλλει για έγκριση μέχρι την 31 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 προαποφασισθείσης δαπάνης, η οποία συμφωνήθηκε μεταξύ του Οργανισμού και των προμηθευτών, που θα δαπανηθεί το επόμενο έτος (Ν.89(Ι)/2001).

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 σωστής «πλοήγησης» 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 υπάρξει 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 Ομάδες Συγγενών Διαγνώσεων (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 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 στην 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. Τέλος, η αρχή του αποτελεσματικού ελέγχου επιτυγχάνεται 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 κλπ) και ο έλεγχος της ποιότητας των υπηρεσιών (Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, 2012).

Αξίζει να σημειωθεί ότι, η εισαγωγή του ΓΕΣΥ, εξυπακούεται με κάποιες συγκεκριμένες προϋποθέσεις. Αρχικά, η ανεξαρτησία των δημόσιων νοσηλευτηρίων και η λειτουργία τους σαν ξεχωριστές ενιαίες οντότητες πάνω σε σύγχρονες αρχές διαχείρισης και κοστολόγησης

για αποφυγή επιδότησης από το κράτος και εξασφάλισης του ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας (Άρθρο 66 (2)). Ταυτόχρονα, το κράτος θα εξακολουθήσει να είναι υπεύθυνο για τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας και τις ψυχιατρικές και οδοντιατρικές υπηρεσίες που δεν καλύπτει το ΓΕΣΥ. Επίσης, θα προσφερθούν ολοκληρωμένα εντατικά προγράμματα εκπαίδευσης των προσωπικών ιατρών πριν τη εφαρμογή του σχεδίου (Άρθρο 24). Ακόμη, προϋποτίθεται η κατάργηση των υφιστάμενων Ταμείων Υγείας μετά την πλήρη εφαρμογή του Σχεδίου Υγείας (Άρθρο 67). Τέλος, σημαντική προϋπόθεση αποτελεί η προστασία των δικαιωμάτων των εργαζομένων στα δημόσια νοσηλευτήρια (Άρθρο 65 α και β) (Ν.89(I)/2001).

Ο περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμος του 2001, τροποποιείται ή αντικαθιστάται και αποτελεί το νομοθετικό πλαίσιο που διέπει τη λειτουργία του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας και την εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Υγείας. Παρόλα αυτά, η εφαρμογή του ΓΕΣΥ παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα και δυσλειτουργίες ως προς τα χρονοδιαγράμματα που έχουν τεθεί για την εφαρμογή του. Να τονιστεί ότι, η έλλειψη πολιτικής βούλησης, τα προβλήματα της δημόσιας διοίκησης, η αρνητική επίδραση της οικονομικής κρίσης στην κυπριακή οικονομία και η αντίδραση οργανωμένων συμφερόντων, καθυστερούν τις μεταρρυθμίσεις που θα οδηγούσαν στη δημιουργία ενός Γενικού Συστήματος Υγείας. Εν κατακλείδι, η πρώτη φάση του ΓΕΣΥ αναμενόταν να τεθεί σε ισχύ τον Ιούλιο του 2015. Παρόλα αυτά, δεν έχει τηρηθεί το χρονοδιάγραμμα, δεν εφαρμόστηκαν οι αρχές του νομοσχεδίου του 2001, με αποτέλεσμα η εισαγωγή του σχεδίου να έχει ξανά αναβληθεί.

3.4 Τροποποιητικοί Νόμοι Γενικού Σχεδίου Υγείας

Ο περί Γενικού Συστήματος Υγείας (Τροποποιητικός) Νόμος του 2002 εκδίδεται με δημοσίευση στην Επίσημη Εφημερίδα της Κυπριακής Δημοκρατίας, σύμφωνα με το Άρθρο 52 του Συντάγματος. 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 2001. 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 κτλ (Ν.134(I)/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(Ι)/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 εργάζονται 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 αναλογιστών 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 μεταξύ άλλων στην δικαιότερη κατανομή του κόστους χρηματοδότησης της υγείας και στην αποτελεσματικότερη χρήση των διαθέσιμων πόρων. Παράλληλα, αρχίζει η συζήτηση του τροποποιητικού νομοσχεδίου με τίτλο «Νόμος που τροποποιεί τους Περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμους του 2001 – 2005» στην Κοινοβουλευτική Επιτροπή Υγείας (Ιωάννου, 2010).

Την Παρασκευή 25 Ιανουαρίου 2008 εκδίδεται 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 παρόν 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 του παρόντος 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 στη διασαφήνιση των διατάξεων του βασικού νόμου που αφορούν στις αρμοδιότητες του Οργανισμού 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. Στην εισαγωγή διατάξεων αναφορικά με τις γενικές και ειδικές εξουσίες του Υπουργού σε σχέση με τον Οργανισμό. 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 τους προσωπικούς ιατρούς, ειδικούς ιατρούς καθώς και άλλους παροχείς υπηρεσιών φροντίδας υγείας καθώς και τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματα των διαφόρων παροχέων υπηρεσιών φροντίδας υγείας 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 Οργανισμό. Στην εισαγωγή διατάξεων για τη σύναψη συμβάσεων του Οργανισμού με τους παροχείς 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 (Νομοσχέδιο, 2007).

Τον Μάρτιο του 2012 μετά από τη διεξαγωγή σχετικής μελέτης, η οποία έγινε κάτω από την καθοδήγηση του Προέδρου του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας, 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 ΓεΣΥ (Ιωάννου, 2010).

Ο περί Ίδρυσης Οργανισμών Γενικών Νοσοκομείων Νόμος του 2015, ψηφίστηκε από την Βουλή των Αντιπροσώπων, επειδή η αυτονόμηση των δημόσιων νοσηλευτηρίων αποτελεί προϋπόθεση για την εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Υγείας, όπως επίσης και μνημονιακή υποχρέωση. Για να καταστεί το πιο πάνω εφικτό και να επιτευχθεί ο εκσυγχρονισμός της διοίκησης και διαχείρισης των νοσοκομείων, καθώς και η αποκέντρωση και η εκχώρηση εξουσιών από το Υπουργείο Υγείας προς αυτά, απαιτείται να δοθεί στα δημόσια νοσηλευτήρια η απαιτούμενη αυτονομία, έτσι ώστε να αποδεσμευτούν από τον κρατικό προϋπολογισμό, το συγκεντρωτισμό, την αδυναμία να λάβουν κρίσιμες διαχειριστικές

αποφάσεις και τη δυσπραγία στη χρήση μοντέρνων εργαλείων. Η λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα δημόσια νοσηλευτήρια, για τη διασφάλιση της δημόσιας υγείας κατά τη μετάβαση από τα δημόσια νοσηλευτήρια προς τους αυτόνομους οργανισμούς, καθώς επίσης για την απόσπαση και μεταφορά των απασχολουμένων στα δημόσια νοσηλευτήρια προς τους αυτόνομους οργανισμούς είναι αναγκαία. Υπάρχει ανάγκη για αποτελεσματικότερη αξιοποίηση του προσωπικού των αυτόνομων οργανισμών και καθίσταται αναγκαίο να ληφθούν μέτρα για επιτυχή ανταπόκριση σε μνημονιακές δεσμεύσεις, για κάλυψη επειγουσών και συνεχώς μεταβαλλόμενων υπηρεσιακών αναγκών και διασφάλιση της απρόσκοπτης λειτουργίας των δημόσιων νοσηλευτηρίων και των αυτόνομων οργανισμών. 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. Με την αυτονόμηση, τα δημόσια νοσηλευτήρια αποκτούν νομική, διοικητική, οικονομική και επιστημονική αυτονομία, καθίστανται πιο λειτουργικά και αποδοτικά και εμπλουτίζονται με μηχανισμούς, οι οποίοι διασφαλίζουν την παροχή ποιοτικής περίθαλψης στους ασθενείς. Το παρόν νομοσχέδιο στοχεύει στη διασαφήνιση των εισαγωγικών διατάξεων, στη διασαφήνιση της ίδρυσης, των σκοπών και των αρμοδιοτήτων των Οργανισμών, στη διασαφήνιση των οικονομικών και δημοσιονομικών διατάξεων που αφορούν τα έσοδα, τους πόρους και τους ετήσιους προϋπολογισμούς των Οργανισμών, στη διασαφήνιση της στελέχωσης και λειτουργίας των Οργανισμών και στη διασαφήνιση των μεταβατικών και γενικών διατάξεων του Νόμου (Νομοσχέδιο, 2015).

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 τοποθετείται στα μέσα του 2016. Η πρώτη φάση περιλαμβάνει τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, δηλαδή τις επισκέψεις στον οικογενειακό ιατρό και παιδίατρο, η δεύτερη φάση περιλαμβάνει τις επιπρόσθετες υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, δηλαδή τις επισκέψεις σε όλες τις ειδικότητες ιατρών και τα εξωνοσοκομειακά φάρμακα και η τρίτη φάση περιλαμβάνει την πλήρη εφαρμογή του ΓεΣΥ, όπως επίσης όλες τις υπηρεσίες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας, εργαστηριακές και κλινικές εξετάσεις και νοσηλεία εσωτερικών ασθενών. Παρόλα τα νομοσχέδια που έχουν ψηφιστεί από τη Βουλή, τίποτα δεν έχει ακόμη κατοχυρωθεί επίσημα και όλα εξαρτώνται από τις ενέργειες και το συντονισμό όλων των εμπλεκόμενων υπηρεσιών που βρίσκονται εκτός της

δικαιοδοσίας του Οργανισμού, για θέματα όπως είναι η αυτονόμηση και αναδιοργάνωση των κρατικών νοσηλευτηρίων, η εκπαίδευση των ιατρών και άλλων προμηθευτών υπηρεσιών φροντίδας υγείας, η έγκαιρη προετοιμασία για την είσπραξη των εισφορών κτλ.

3.5 Κυπριακή Οικονομική Κρίση 2012 – 2013

Η μεγαλύτερη οικονομική κρίση που γνώρισε η Κυπριακή Δημοκρατία, άρχισε 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 η περικοπές στον κρατικό προϋπολογισμό (Υπουργείο Οικονομικών, 2016).

Οι μνημονιακές απαιτήσεις της Τρόικα, έχουν προδιαγράψει δεσμευτικές απαιτήσεις για μεταρρυθμιστικές πρόνοιες στο νόμο του ΓεΣΥ. Η Κύπρος υπό καθεστώς οικονομικής κρίσης, στην προσπάθεια της να επιταχύνει την οικονομική της ανάπτυξη έχει υποχρεωθεί να περιορίσει τις κοινωνικές δαπάνες διαμέσου περικοπών του κρατικού προϋπολογισμού. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια έχει υποστεί τις ανάλογες επιπτώσεις και το σύστημα υγείας. Εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, ο ιδιωτικός τομέας προβλέπεται ότι θα συρρικνωθεί ακόμα περισσότερο. Με βάση τη σημερινή δομή του συστήματος υγείας, η μείωση του εισοδήματος οδηγεί περισσότερους πολίτες στη χρήση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, γεγονός το οποίο αναμένεται να αυξήσει σημαντικά τις κρατικές δαπάνες. Ο τομέας ιατροφαρμακευτικής

περίθαλψης της Κύπρου, τόσο δημόσιος, όσο και ιδιωτικός, πρέπει να ανταποκριθεί στις αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού, ώστε η οικονομική κρίση να μην συνοδευτεί από μια πιθανή «κρίση στην Υγεία»

3.5.1 Μνημόνιο μεταξύ Τρόικας και Κύπρου. Δαπάνες στον τομέα της υγείας

Σύμφωνα με το Μνημόνιο Συναντίληψης μεταξύ της Κυπριακής Δημοκρατίας και της Τρόικας του Μάιου του 2014, όσον αφορά τον τομέα της υγείας θα πρέπει να ληφθούν τα ακόλουθα μέτρα. Αξιολόγηση και δημοσιοποίηση των πιθανών κινδύνων και οφελών της προγραμματισμένης εισαγωγής του Εθνικού Συστήματος Υγείας μέσω μίας επικαιροποιημένης αναλογιστικής μελέτης, λαμβάνοντας υπόψη πιθανές προτάσεις για σταδιακή εφαρμογή του. Κατάργηση της κατηγορίας Δικαιούχων Τάξης «Β» 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 «Α» Σαν αρχικό στάδιο, η εισαγωγή προς ένα σύστημα καθολικής κάλυψης με υποχρεωτική συνεισφορά των δημοσίων υπαλλήλων και συνταξιούχων του 1,5% του μικτού 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 «φύλακες» για την πρόσβαση σε υψηλότερα επίπεδα περίθαλψης. Το σύστημα θα περιλαμβάνει οικονομικά αποτρεπτικά μέτρα για όποιους παρακάμπτουν το σύστημα των οικογενειακών ιατρών και όσους απευθύνονται στα τμήματα επειγόντων περιστατικών χωρίς κάποιο επείγον πρόβλημα. Δημιουργία πρωτοκόλλων για ιατρικές υπηρεσίες, εργαστηριακούς ελέγχους 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 την οργανική δομή της διεύθυνσης των νοσοκομείων, θέτοντας σε εφαρμογή τις εισηγήσεις της μελέτης του 2009 « Public Hospital Roadmap». Ενδυνάμωση του μηχανισμού ελέγχου όλων των δημόσιων νοσοκομείων, διάθεση προϋπολογισμών σε κάθε νοσοκομείο και ενδυνάμωση των διαδικασιών ελέγχου.

Αναθεώρηση του κατώτατου ορίου εισοδήματος σχετικά με την πρόσβαση σε δωρεάν παροχή δημόσιας φροντίδας υγείας, όπως επίσης τα κριτήρια για κοινωνική βοήθεια και εξασφάλιση πως 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 δέσμης 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 10 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 εσωτερικών ασθενών 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 στον τομέα της υγείας, που θα περιλαμβάνει και κανόνες για την αύξηση της κινητικότητας του προσωπικού, όπως αναθεώρηση των υφιστάμενων κανονισμών στην πληρωμή υπερωριακής εργασίας και πλήρης εφαρμογή των υφιστάμενων νόμων που αφορούν την καταγραφή/παρακολούθηση για την πληρωμή υπερωριακής εργασίας (Μνημόνιο, 2014).

Η υπογραφή του μνημονίου το 2012, θέτει ως μία από τις βασικές προϋποθέσεις στην υγεία την άμεση εφαρμογή Γενικού Σχεδίου Υγείας. Η Τρόικα ζητά να τυγχάνει συνεχούς ενημέρωσης κατά τη διαδικασία της εφαρμογής του ΓεΣΥ (Αναστασιάδης, 2016).

3.6 Θέσεις και απόψεις των κυπριακών πολιτικών κομμάτων και άλλων ενδιαφερόμενων μερών για την εφαρμογή του ΓεΣΥ

Τα πολιτικά κόμματα της Κύπρου, με την κατάθεση των σχετικών με το ΓεΣΥ νομοσχεδίων, έχουν προβάλει διάφορες ενστάσεις και διαμαρτυρίες και για αυτό το λόγο το καθένα ξεχωριστά έχει πραγματοποιήσει τον Δεκέμβριο του 2014 συναντήσεις με τον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο (ΠΙΣ). Η αποτίμηση, κριτική και οι αναλυτικές θέσεις των πολιτικών κομμάτων για τα ανοικτά θέματα στον τομέα της υγείας και το ΓεΣΥ δημοσιεύτηκαν από τον Ιατρικό Τύπο, το Δεκέμβριο του 2015.

Ο ΔΗΣΥ (Δημοκρατικός Συναγερμός), εκφράζει την ελπίδα για αγαστή συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων για την εξασφάλιση παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας μέσα σε ένα καθολικό, κοινωνικά δίκαιο και οικονομικά βιώσιμο σύστημα υγείας. Τονίζει ότι η εφαρμογή του ΓεΣΥ είναι ένα μεγαλεπήβολο έργο το οποίο δεν μπορεί να εφαρμόσει μόνο το κράτος, αφού χρειάζεται κοινωνικός διάλογος, συνεργασία και συναίνεση μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων φορέων και των πολιτικών δυνάμεων (Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος, 2014α). Ο ΔΗΣΥ, υποστηρίζει ότι το υφιστάμενο δημόσιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Κύπρου παρουσιάζεται σήμερα αδύναμο να ανταποκριθεί στις ανάγκες των πολιτών και αυτό δεν θα σταματήσει εάν δεν υλοποιηθεί η εφαρμογή ενός αξιόπιστου και οικονομικά βιώσιμου Εθνικού Σχεδίου Υγείας. Τονίζει πως το σημαντικότερο πρόβλημα στον τομέα της υγείας αποτελεί η απουσία εθνικού συστήματος υγείας αφού η χώρα μας παραμένει η μόνη χώρα από τα 27 κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης που δεν διαθέτει εθνικό σύστημα υγείας. Υπάρχει ανάγκη εκσυγχρονισμού και αυτονόμησης, διοικητικά και

οικονομικά, των δημοσίων νοσηλευτηρίων που αποτελούν τον πυλώνα για την εφαρμογή του ΓεΣΥ. Τα δημόσια νοσηλευτήρια αδυνατούν να εξυπηρετήσουν όλους τους δικαιούχους, αφού θεωρητικά παρέχουν σήμερα φροντίδα περίπου στο 85% του πληθυσμού, όμως στην πράξη μπορούν να εξυπηρετήσουν μόνο το 45%, με αποτέλεσμα τη συνεχή αύξηση των λιστών αναμονής. Ειδικά με την οικονομική κρίση, τα δημόσια νοσηλευτήρια έχουν ήδη ξεπεράσει τα όρια των δυνατοτήτων τους. Για τη λύση των πιο πάνω καιρίων προβλημάτων πρώτη και απαραίτητη μεταρρύθμιση είναι η δημιουργία ενός περιβάλλοντος για την εφαρμογή ενός Γενικού Σχεδίου Υγείας που θα αξιοποιεί τόσο τον δημόσιο, όσο και τον ιδιωτικό τομέα, που θα είναι οικονομικά βιώσιμο και που δεν θα υποθηκεύσει την οικονομία της Κύπρου. Τα δημόσια νοσοκομεία με την αναδιοργάνωση και τη διοικητική και οικονομική αυτονομία, θα μπορούν να διαχειρίζονται το προσωπικό τους, να αξιοποιούν τον ιατρικό εξοπλισμό που έχουν στη διάθεση τους και να επιλύουν τα προβλήματα που παρουσιάζονται, με απώτερο στόχο την αύξηση της παραγωγικότητας και βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τον Κύπριο πολίτη. Έτσι θα καταστούν ως υγιείς αυτόνομοι οργανισμοί και θα μπορούν να αφεθούν στον ανταγωνισμό.

Ο εκπρόσωπος Τύπου του ΑΚΕΛ (Ανορθωτικό Κόμμα Εργαζόμενου Λαού), εξέφρασε τη διαφωνία του για τη μεταφορά εξουσιών και αρμοδιοτήτων από τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας (Ο.Α.Υ) και τη συγκέντρωση του στο Υπουργείο Υγείας. Δήλωσε ότι η κυβέρνηση οφείλει να επανακαταθέσει τα νομοσχέδια, σεβόμενη αυτή τη φορά τις απόψεις της μεγάλης πλειοψηφίας των πολιτικών δυνάμεων, των κοινωνικών εταίρων και των φορέων της υγείας. "Όλοι αυτοί", τόνισε, "διεκδικούν διατήρηση του υφιστάμενου σχεδιασμού για το ΓεΣΥ και διασφάλιση της βιωσιμότητας και της προοπτικής του δημόσιου τομέα της υγείας" (Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος, 2014β). Το ΑΚΕΛ υποστηρίζει πως υπάρχει στασιμότητα στα μεγάλα ζητήματα της αυτονομίας των νοσοκομείων και του ΓεΣΥ, με συνεχείς παλινδρομήσεις και διαφορετικές τοποθετήσεις, εντός της ίδιας της κυβέρνησης. Η σκιαγράφηση της κατάστασης στον τομέα της υγείας προκαλεί δέος. Δεν υπάρχει καθολική κάλυψη και ισότιμη πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Οι δαπάνες για την υγεία έχουν μειωθεί και υστερούν κατά 30% του Ευρωπαϊκού μέσου όρου (6,9% έναντι 10,7% επί του ΑΕΠ). Η Κύπρος, αποτελεί τη δεύτερη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης με τις μεγαλύτερες κοινωνικές ανισότητες στην υγεία. Ο συνδυασμός της οικονομικής κρίσης, της πολιτικής της κυβέρνησης και η πιστή εφαρμογή του μνημονίου όσον αφορά μόνο τις περικοπές, οδήγησε την υγεία σε μαρασμό. Η κυβέρνηση δεν δείχνει την ίδια σπουδή, όπως κάνει με την εφαρμογή άλλων προνοιών του μνημονίου, για την εφαρμογή του ΓεΣΥ και έχει

καταστρατηγήσει την κοινωνική συναίνεση που υπήρχε για την εφαρμογή του μονοασφαλιστικού ΓεΣΥ, όπως έχει ψηφιστεί το 2001. Η κυβέρνηση, επιμένει στην εφαρμογή ενός πολυασφαλιστικού ΓεΣΥ, που θα έχει επιπτώσεις τόσο στους πολίτες, όσο και στους επαγγελματίες υγείας, ακόμα και μετά τις παραδοχές της ίδιας της Τρόικας ότι ο δρόμος για την εφαρμογή του Γενικού Σχεδίου Υγείας στην Κύπρο είναι το μονοασφαλιστικό. Οι εφαρμοζόμενες πολιτικές στην υγεία χαρακτηρίζονται από την έλλειψη πραγματικού οράματος, τη μείωση προϋπολογισμών, την έλλειψη πολιτικής δράσης και απραξία, με την απαξίωση των κρατικών νοσοκομείων, την εξόντωση του ιδιωτικού τομέα με εξαίρεση μερικών μεγάλων κέντρων, οδηγώντας στο πολυασφαλιστικό σύστημα υγείας από την πίσω πόρτα. Η κυβέρνηση συνειδητά γονάτισε το δημόσιο τομέα υγείας, μειώνοντας τον προϋπολογισμό για την υγεία κατά 106 εκατομμύρια ευρώ. Επιβάλλεται η αύξηση του προϋπολογισμού για την υγεία και η υλοποίηση πολιτικών που θα οδηγήσουν στην εφαρμογή της αναδιοργάνωσης των νοσοκομείων, με τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας, των απολαβών, του εξοπλισμού και την εισαγωγή δομών με τελικό στόχο το ΓεΣΥ. Ο τομέας της υγείας καταρρέει και η ανάγκη για συνολική μεταρρύθμιση είναι επιτακτική και άμεση. Επιβάλλεται να ξεκαθαρίσει η κυβέρνηση ποια είναι πραγματικά, η πολιτική της θέση για το ΓεΣΥ και να προχωρήσει άμεσα στην εφαρμογή της νομοθεσίας του 2001. Πρέπει να ενισχυθεί η ανεξαρτησία αλλά και ο έλεγχος του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας, για να διασφαλίζεται η σωστή διοίκηση, η διάκριση εξουσιών και η θωράκιση από πολιτικές παρεμβάσεις στην διαχείριση του ταμείου. Τα δημόσια νοσοκομεία πρέπει να ενισχυθούν για να αποτελούν τη ραχοκοκαλιά του ΓεΣΥ και χρήζουν λειτουργικής αναδιοργάνωσης, εκσυγχρονισμού και ενίσχυσης της διαφάνειας των διαδικασιών τους, έτσι που να παρέχεται ευελιξία στη λήψη και υλοποίηση αποφάσεων, μέσα από ένα σύστημα που θα διασφαλίζει την παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας.

Το ΔΗΚΟ (Δημοκρατικό Κόμμα), υπογράμμισε ότι σύμφωνα με τις εξαγγελίες της Κυβέρνησης και τις δεσμεύσεις της προς την Τρόικα και τον κυπριακό λαό, κατά την διάρκεια του 2015 θα ξεκινούσε η πρώτη φάση για την εφαρμογή του ΓεΣΥ και θα ολοκληρωνόταν στα μέσα του 2016. Ταυτόχρονα με την εφαρμογή του ΓεΣΥ, θα ξεκινούσε η οικονομική και η διοικητική αυτονόμηση των δημόσιων νοσοκομείων, που αποτελεί βασική προϋπόθεση για την εφαρμογή του ΓεΣΥ. Δυστυχώς όμως η αλλαγή των πολιτικών προϊσταμένων του Υπουργείου Υγείας και οι διαφορετικές πολιτικές απόψεις που κουβαλούσαν μαζί τους, είχαν σαν αποτέλεσμα την καθυστέρηση της έναρξης της αναδιοργάνωσης και της αυτονόμησης των δημόσιων νοσηλευτηρίων, που είναι βασική

προϋπόθεση για την εφαρμογή του ΓεΣΥ. Τα προβλήματα που προκύπτουν, οφείλονται στο γεγονός ότι η Κύπρος δεν παρέχει στους πολίτες της ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας το οποίο σε συνδυασμό με την οικονομική κρίση οδηγεί τους πολίτες στα δημόσια νοσηλευτήρια για την παροχή ιατροφαρμακευτικής φροντίδας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι πολίτες να μην μπορούν να εξυπηρετηθούν, τα νοσηλευτήρια να μην μπορούν να ανταποκριθούν στις αυξημένες ανάγκες και το όλο σύστημα να κινδυνεύει να καταρρεύσει. Μοναδική λύση στο πιο πάνω πρόβλημα είναι η εισαγωγή ενός ολοκληρωμένου και βιώσιμου Σχεδίου Υγείας. Όλες οι αποφάσεις για το θέμα του ΓεΣΥ και της αναδιοργάνωσης και αυτονόμησης των δημόσιων νοσοκομείων, πρέπει να είναι προσεκτικές και όχι βιαστικές. Τυχόν αποτυχία του όλου εγχειρήματος, όχι μόνο θα επιφέρει την κατάρρευση του όλου συστήματος υγείας του κράτους, αλλά θα ελλοχεύει και ο κίνδυνος της άμεσης κατάρρευσης ολόκληρης της οικονομίας της χώρας. Το Υπουργείο Υγείας οφείλει άμεσα να ετοιμάσει αναλυτικό χρονοδιάγραμμα του κάθε σταδίου που απαιτείται για την αναδιοργάνωση και την αυτονόμηση των δημόσιων νοσοκομείων. Μια βασική προϋπόθεση για τη μεταρρύθμιση του τομέα της υγείας, αποτελεί η αναδιοργάνωση του Υπουργείου Υγείας, του οποίου ο ρόλος θα πρέπει να είναι εποπτικός καθώς επίσης να χαράσσει τις στρατηγικές και πολιτικές υγείας οι οποίες θα πρέπει να εφαρμόζονται. Εξίσου σημαντική μεταρρύθμιση είναι και αυτή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η οποία πρέπει να είναι ένας από τους βασικούς άξονες του όλου συστήματος και θα αποτελεί το φύλακα του πολίτη μέσα στο σύστημα. Πρέπει να εκπονηθεί άμεσα μελέτη βιωσιμότητας του προτεινόμενου Γενικού Σχεδίου Υγείας, η οποία θα μελετά την προτεινόμενη συνεισφορά των δικαιούχων, καθώς και τα προτεινόμενα τέλη αποζημίωσης των νοσηλευτηρίων, των ιατρών και των άλλων παροχέων υγείας. Βασική προϋπόθεση για την επιτυχή εφαρμογή του ΓεΣΥ αποτελεί η άμεση μηχανογράφηση και ενοποίηση του αρμόδιου Οργανισμού με όλους τους παροχείς υγείας. Τέλος, η εφαρμογή του ΓεΣΥ πρέπει να ξεκινήσει αμέσως μετά την αυτονόμηση των δημόσιων νοσοκομείων, ούτως ώστε να δοθούν και τα κατάλληλα κίνητρα προς τον ιδιωτικό τομέα για συμμετοχή τους στο σύστημα.

Το Κίνημα Σοσιαλδημοκρατών ΕΔΕΚ, της οποίας ο αναπληρωτής πρόεδρος είναι ιδιώτης ιατρός, διαπιστώνει ότι βασικός στόχος της κυβέρνησης είναι υπό την κάλυψη της πλήρους κρατικοποίησης, να οδηγήσει το ΓεΣΥ σε ιδιωτικά συμφέροντα (Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος, 2014γ). Υποστηρίζει πως το σημαντικότερο πρόβλημα στον τομέα της υγείας είναι η απουσία ενός ενιαίου εθνικού συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, το οποίο να συνενώνει τη λειτουργία του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα και να συντονίζει την ανάπτυξη

τους στη βάση ενός ορθολογικού σχεδιασμού. Σήμερα, όπως λειτουργεί το σύστημα υγείας, δημόσιος και ιδιωτικός τομέας αναπτύσσονται και λειτουργούν ανεξάρτητα ο ένας από τον άλλο, χωρίς κανένα συντονισμό. Το αποτέλεσμα της κατάστασης αυτής είναι η σπατάλη εθνικών πόρων, η επικάλυψη υπηρεσιών, η αδυναμία παροχής συνεχόμενης ιατρικής φροντίδας και κατά συνέπεια η μείωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Συνέπεια της πίεσης που ασκείται στο δημόσιο τομέα της υγείας είναι η δυσλειτουργία και οι μακρές λίστες αναμονής. Από την άλλη, η υπερπροσφορά υπηρεσιών στον ιδιωτικό τομέα, έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία υπέρμετρης τεχνητής ζήτησης υπηρεσιών. Ως αποτέλεσμα των στρεβλώσεων αυτών, η Κύπρος παρουσιάζει σήμερα το υψηλότερο ποσοστό ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση το οποίο ανέρχεται σε 58% σε σύγκριση με το μέσο ευρωπαϊκό όρο που είναι μόλις 23%, ενώ οι προσωπικές ιδιωτικές δαπάνες στην Κύπρο ανέρχονται στο 50% σε σύγκριση με 14% στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Τα πιο πάνω σε συνάρτηση με μια σειρά άλλων σημαντικών παραγόντων καθιστούν επιτακτική την ανάγκη εισαγωγής ενός Γενικού Συστήματος Υγείας, το οποίο θα αποτελέσει τον καταλύτη για την υλοποίηση όλων των αναγκαίων μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας. Μετά από τόσα χρόνια από τη ψήφιση του νόμου του 2001 (Ν89(Ι)2001), ο Κύπριος ασθενής εξακολουθεί να στερείται του θεμελιώδους δικαιώματος της πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Οι σκοπιμότητες και οι αντιδράσεις από μέρους οργανωμένων συμφερόντων δεν επιτρέπουν την εισαγωγή στη χώρα μας ενός καθολικού συστήματος υγείας στη βάση των θεμελιωδών αρχών της αλληλεγγύης και της ισότιμης πρόσβασης του λαού σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Η ΕΔΕΚ είναι ενάντια στα όποια συμφέροντα καθυστερούν την υλοποίηση του ΓεΣΥ και καλεί την κυβέρνηση να καταθέσει νομοσχέδιο για την πραγματική διοικητική, οικονομική και επιστημονική αυτονόμηση των δημόσιων νοσοκομείων και να δεσμευτεί με την κατάθεση λεπτομερούς Οδικού Χάρτη για την εφαρμογή του ΓεΣΥ μέχρι το τέλος του 2017.

Το ΕΥΡΩΚΟ (Ευρωπαϊκό Κόμμα), θεωρεί σημαντικό ότι άρχισαν να μελετούνται και να προετοιμάζονται τα νομοσχέδια τα οποία αφορούν το Γενικό Σύστημα Υγείας και την αυτονόμηση των δημόσιων νοσοκομείων. Δηλώνει ότι η μεταρρύθμιση στον τομέα της υγείας είναι μονόδρομος και περνά μέσα από την εφαρμογή ενός ενοποιημένου συστήματος υγείας. Με την εφαρμογή του ΓεΣΥ προωθείται η αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στη βάση ενός μικτού συστήματος υγείας. Το νέο σύστημα θα είναι κοινωνικά δίκαιο, καθολικό και θα διασφαλίζει την ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σε όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση. Μόνο η οριστική εφαρμογή του Γενικού Σχεδίου Υγείας θα μειώσει τις δημόσιες δαπάνες και

θα βελτιώσει την ποιότητα υπηρεσιών υγείας. Με το ΓεΣΥ θα παταχθεί η αλόγιστη συνταγογράφηση φαρμάκων και θα ελεγχθούν οι τιμές στην αγορά φαρμάκων και εργαστηριακών αναλύσεων. Ακόμη θα περιοριστούν οι λίστες αναμονής και τα φαινόμενα διαπλοκής και «μέσου» και θα παταχθεί η φοροδιαφυγή στον τομέα υγείας. Θα σταματήσει η εκμετάλλευση ασθενών και τα φαινόμενα πλαστοπροσωπίας. Με το ΓεΣΥ η πρόσβαση σε υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας θα παύσει να είναι προνόμιο των ολίγων. Το ΕΥΡΩΚΟ υποστηρίζει πως πρέπει να προχωρήσουν άμεσα οι διαδικασίες εφαρμογής του ΓεΣΥ.

Η Συμμαχία των Πολιτών, τόνισε ότι δυστυχώς κατά το πρώτο εξάμηνο του 2015 δεν έγινε τίποτα το χειροπιαστό όσον αφορά τα προαπαιτούμενα για την εφαρμογή του ΓεΣΥ. Η αναδιάρθρωση των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών, η ανασυγκρότηση του ίδιου του υπουργείου Υγείας και η διαδικασία αυτονόμησης των δημόσιων νοσοκομείων έμειναν ανεκπλήρωτες. Ουσιαστικά, δεν υπήρξε διάλογος μεταξύ του Υπουργείου Υγείας, του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας και όλων των άμεσα εμπλεκόμενων. Δεν υπήρξε τριβή και ούτε διαπραγματεύσεις, παρά μόνο ανακοινώσεις τετελεσμένων αποφάσεων, όπως δεν υπήρξε ειλικρινής πολιτική βούληση από την παρούσα κυβέρνηση. Μελέτες πολυδάπανες έμειναν μέσα στα συρτάρια, δεν αξιοποιήθηκαν, αλλά αντιθέτως αμφισβητήθηκαν. Υπήρξαν και πολλές που ήταν αχρείαστες. Επιβάλλεται η άμεση εφαρμογή μεταρρυθμίσεων. Το ΓεΣΥ δε θα λύσει όλα τα προβλήματα του υφιστάμενου συστήματος υγείας, αφού χρειάζονται άμεσα να τρέξουν παράλληλα πολλές διεργασίες. Πρώτα πρέπει να γίνει η αναδιοργάνωση των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών και η αναδιάρθρωση του ίδιου του Υπουργείου Υγείας. Να ξεκινήσει η διαδικασία αυτονόμησης των δημόσιων νοσοκομείων, η οποία θα είναι και ο βασικός πυλώνας εφαρμογής του ΓεΣΥ. Στο τέλος της διαδρομής αυτής το ΓεΣΥ θα πρέπει να υλοποιηθεί. Απαραίτητη όμως προϋπόθεση είναι να τεθούν χρονοδιαγράμματα έτσι ώστε να υπάρχει μια μορφή δεσμευτικότητας προς την υλοποίηση του. Η Συμμαχία Πολιτών τοποθετείται ξεκάθαρα προκρίνοντας το μονοασφαλιστικό ως το πιο κατάλληλο σύστημα ασφάλισης και τη δημιουργία ενός και μόνου φορέα υπό τη μορφή Νομικού Προσώπου Δημόσιου Δικαίου για τη διοίκηση των δημόσιων νοσοκομείων.

Το Κίνημα Οικολόγων Περιβαλλοντιστών υποστηρίζει πως όσα έχουν γίνει στον τομέα Υγείας το 2015 είναι άκρως απογοητευτικά. Κατ' αρχήν δεν υπήρξε πρόοδος στην προώθηση του ΓεΣΥ παρά τις προσπάθειες και των δύο Υπουργών. Το σημαντικότερο πρόβλημα στον τομέα της υγείας είναι η έλλειψη του ΓεΣΥ. Η αυτονόμηση των δημόσιων νοσοκομείων,

μέσω της δημιουργίας ενός ισχυρού δημόσιου αλλά όχι κρατικού φορέα, υπό κάποιες προϋποθέσεις μπορεί να βοηθήσει πολύ στην προώθηση του ΓεΣΥ. (Ιατρικός Τύπος, 2015)

Όλα τα πολιτικά κόμματα συμφώνησαν όπως συνεχίσουν να βρίσκονται σε άμεση επαφή και συνεργασία με τον Π.Ι.Σ ώστε να συζητούνται όλα τα θέματα που αφορούν την εφαρμογή του ΓεΣΥ. Τέλος, να σημειωθεί ότι η Κυπριακή Ένωση Φαρμακευτικών Εταιριών Έρευνας και Ανάπτυξης (ΚΕΦΕΑ), πραγματοποίησε συναντήσεις τόσο με την Τρόικα όσο και με τον Υπουργό Υγείας στους οποίους έχουν παραθέσει τις απόψεις τους αναφορικά με το ΓΕΣΥ. Σε συνάντηση που πραγματοποιήθηκε την Τετάρτη 5 Φεβρουαρίου 2014, η ΚΕΦΕΑ εξήγησε στην Τρόικα τους κινδύνους που προκύπτουν από τη χορήγηση μίας και μόνο θεραπείας για κάθε ασθένεια, υπογραμμίζοντας ότι η Κύπρος θα είναι η μοναδική χώρα στον κόσμο που θα διαθέτει Γενικό Σχέδιο Υγείας το οποίο θα στερεί το δικαίωμα στους ασθενείς να έχουν πρόσβαση σε φάρμακα που κρίνονται απαραίτητα για τη θεραπεία τους. Μια από τις βασικές θέσεις που εξέθεσε η ΚΕΦΕΑ στον ΟΑΥ είναι ότι ο ιατρός θα πρέπει να έχει το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής φαρμακευτικής αγωγής για τον ασθενή του και θα πρέπει επίσης να έχει τη δυνατότητα συνταγογράφησης στη βάση της εμπορικής ονομασίας του φαρμάκου (γενόσημο ή πρωτότυπο) (ΚΕΦΕΑ, 2014).

Σαράντα επτά χρόνια αργότερα, το 2015, και μετά από επτά προέδρους της Δημοκρατίας και είκοσι τρεις Υπουργούς Υγείας δεν έχει εφαρμοστεί ακόμα Γενικό Σχέδιο Υγείας. Όλοι ανεξαιρέτα οι Υπουργοί Υγείας, αναλαμβάνοντας τη θητεία τους, εξήγγελλαν σύντομη εφαρμογή του ΓεΣΥ. Μερικοί έθεταν και συγκεκριμένο χρονικό στόχο έναρξης του. Όλοι όμως υπήρξαν μέλη κυβερνήσεων που δεν τολμούσαν να πάρουν τη μεγάλη πολιτική απόφαση εφαρμογής του σχεδίου. Υπήρξαν όλοι επιλήσμονες. Η Κύπρος, παραμένει μέχρι σήμερα η μόνη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, χωρίς Εθνικό Σχέδιο Υγείας. (Αναστασιάδης, 2016)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

Τα επαγγέλματα υγείας, αποκτούν δύναμη επειδή καθορίζουν τις ανάγκες των ασθενών, όπως επίσης και εξαιτίας της ισχύος που έχουν να αποφασίζουν για λογαριασμό τους. 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 κάλυψη όλων των αναγκών της υγείας και οι κώδικες ιατρικής δεοντολογίας συνεχώς αλλάζουν, οι υποχρεώσεις των ιατρών απέναντι στους ασθενείς αλλά και την κοινωνία αυξάνονται και γίνονται όλο και πιο πολύπλοκες. Το ιατρικό επάγγελμα, ενώ αποφέρει ιδιαίτερα προνόμια στον ιατρό, από την άλλη πλευρά του δημιουργεί 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 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.

Το ιατρικό επάγγελμα, εξαιτίας της εξαιρετικής σημασίας που έχει για την κοινωνία, χρησιμοποιεί αυτή τη δύναμη προς όφελός του, δημιουργώντας ένα μονοπώλιο που αποκλείει μη ιατρούς να το εξασκούν. Αυτή η διαδικασία θεωρείται ότι βασίζεται σε ένα κοινωνικό συμβόλαιο μεταξύ των ιατρών και της κοινωνίας. Ειδικότερα, το ιατρικό επάγγελμα αποτελεί μια απασχόληση ιδιαίτερα σημαντική για την κοινωνία και έχει γίνει αντικείμενο μελέτης από πολλούς επιστήμονες. 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. Δυστυχώς, τα κράτη 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 των εκάστοτε κυβερνήσεων προκειμένου να ολοκληρωθούν, απαιτούν συμφωνία

εργαζομένων και κυβέρνησης στην οργάνωση και υλοποίηση τους. Θέματα εξουσίας και συγκρούσεων πολλές φορές δημιουργούν δύσκολα περιβάλλοντα συνεργασίας (Δούκα, 2010).

4.1 Κοινωνιολογικές προσεγγίσεις του ιατρικού επαγγέλματος

Η εξουσία του ιατρικού επαγγέλματος ερμηνεύεται μέσω των αναλυτικών εργαλείων των σχετικών θεωριών. Πιο κάτω θα αναφερθούν συνοπτικά κάποιες θεωρίες που αφορούν την κυριαρχία του ιατρικού επαγγέλματος. Ο Parsons (1991), ήταν ένας από τους πρώτους μελετητές που θεώρησε τα χαρακτηριστικά του επαγγελματισμού, δηλαδή την ειδική κατάρτιση, τους κώδικες ηθικής και την επίβλεψη μόνον από επαγγελματίες συναδέλφους, ως αναγκαιότητα που προκύπτει από κοινωνική επιταγή. Κατά την άποψή του, οι υπηρεσίες που παρέχουν οι επαγγελματίες είναι αλτρουιστικές, προσανατολισμένες στην υπηρεσία της κοινότητας και ρυθμιζόμενες από επαγγελματική ηθική. Το αποτέλεσμα είναι ότι υπάρχει ένα κοινωνικό συμβόλαιο μεταξύ της κοινωνίας και των ιατρών, βάσει του οποίου παρέχεται στους ιατρούς αυτονομία σε αντάλλαγμα με την αυτορύθμιση τους. Στη συνέχεια, ο Freidson (1994), στη μεγάλη θεωρία του αναφορικά με την επαγγελματική κυριαρχία, υποστήριξε ότι η ιατρική είναι κυρίαρχη στους τομείς της υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό σημαίνει ότι οι επαγγελματίες ιατροί ελέγχουν την ιατρική εργασία, τους πελάτες και τα άλλα επαγγέλματα υγειονομικής περίθαλψης όπως επίσης και το πλαίσιο μέσα στο οποίο παρέχεται η ιατρική περίθαλψη, δηλαδή, τις πολιτικές υγείας. Η κυριαρχία της ιατρικής ενισχύεται από το κοινωνικό και πολιτισμικό της κύρος και την κλινική αυτονομία της. Θεωρούσε ότι η ιατρική γνώση δεν επηρεάζεται από κοινωνικούς παράγοντες, αν και η εφαρμογή της αντικατόπτριζε το συμφέρον του επαγγέλματος να περιορίζει τον ανταγωνισμό, να αυξάνει τους μισθούς και να μεγεθύνει τον έλεγχο του στους τομείς της υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης (Νικολέντζος, 2008).

Η επιρροή του Freidson διαφαίνεται στη Larson (1977), η οποία επίσης υποστηρίζει ότι η ιατρική είναι μια ενοποιημένη οντότητα, οργανωμένη με κύριο στόχο την προστασία των συμφερόντων της. Η Larson εστιάζει στο πώς επιτυγχάνεται η επαγγελματική αυτονομία, η οποία προκύπτει όταν οι ιατροί μονοπωλούν την αγορά και όχι μέσω της τεχνικής τους εμπειρογνωμοσύνης. Οι ιατροί ως ομάδα κύρους αναπτύσσουν μια προστατευμένη αγορά. Μια άλλη θεωρία εξουσίας προτάθηκε από τους νεομαρξιστές, οι οποίοι επέκριναν τον

Freidson επειδή δεν αναφερόταν στην ταξική βάση των σχέσεων μεταξύ των ελευθέρων/επιστημονικών επαγγελμάτων και του καπιταλιστικού κράτους (Hafferty & McKinlay 1993). Αντιθέτως, ο Navarro (1976), συσχέτισε ευθέως την εξουσία του ιατρικού επαγγέλματος με την καπιταλιστική οικονομία και την εταιρική ισχύ. Επιπλέον, ο McKinlay διέκρινε ότι σεβαστός αριθμός των ιατρών γίνονται υπάλληλοι μεγάλων εταιρικών δομών της υγειονομικής περίθαλψης, μια διαδικασία που θα οδηγήσει στην προλεταριοποίησή τους (McKinlay & Arches 1985). Ο Foucault (1973), τονίζει ότι η εξουσία του ιατρικού επαγγέλματος, καθιστά τους ιατρούς ικανούς και ταυτόχρονα τους περιορίζει. Η εξουσία και γνώση είναι άρρηκτα συνδεδεμένες, σε βαθμό που η διατύπωση θεωριών αναφορικά με την ιατρική σημαίνει την κατασκευή της και την απόκτηση εξουσίας επ' αυτής. Έτσι, μέσω της άσκησης εξουσίας, το ιατρικό επάγγελμα έχει επιτύχει στην καθιέρωση της γνώσης του ως της μόνης ευυπόληπτης και νόμιμης μορφής. Σύμφωνα με την άποψη του Foucault, το ιατρικό επάγγελμα φαίνεται να είναι ενωμένο στη διαδικασία άσκησης εξουσίας και καθιέρωσης της δική του γνώσης ως της μόνης ευυπόληπτης και νόμιμης μορφής (Νικολέντζος, 2008).

Πρόσφατα οι μελετητές τίθενται υπέρ της άποψης ότι το ιατρικό επάγγελμα δεν είναι ενωμένο. Υποστηρίζουν ότι πρόκειται για ένα διαφοροποιημένο σώμα, χωρισμένο σε αυτόνομα τμήματα που επιδιώκουν καθένα τα δικά του συμφέροντα. Ο Freidson (1993), ωστόσο προσβέυει ότι η διαφοροποίηση του ιατρικού επαγγέλματος σε ειδικότητες και τμήματα παρέχει τα βασικά χαρακτηριστικά για την κατανόηση του είδους της επιρροής που διεκδικούν οι ιατροί οι οποίοι αναφέρονται στην τεχνοκρατία και την ισχύ της τεχνικής για τη διαμόρφωση της δημόσιας πολιτικής. Το κύριο συμπέρασμα είναι ότι, ανεξαρτήτως της προέλευσης της επαγγελματικής αυτονομίας των ιατρών, της τεχνικής εμπειρογνωμοσύνης, του μονοπωλίου αγοράς ή ευρύτερα των πολιτισμικών παραγόντων, το ιατρικό επάγγελμα κατέχει εξαιρετική θέση ως πολιτικό λόμπι για να την άσκηση επιρροής στις μεταρρυθμίσεις υγείας. Γενικά οι κοινωνιολογικές θεωρίες που αφορούν την εξουσία του ιατρικού επαγγέλματος, τονίζουν ότι η επαγγελματική αυτονομία των ιατρών, θεωρείται βασικό χαρακτηριστικό της προνομιούχου θέσης τους. Έτσι, τεκμηριώνεται η αναγκαιότητα για εξέταση του ιατρικού επαγγέλματος υπό το πρίσμα της κοινωνιολογικής προσέγγισης αφού εντοπίζεται ξεκάθαρα ο κυρίαρχος ρόλος του ιατρικού επαγγέλματος στις μεταρρυθμίσεις υγείας (Νικολέντζος, 2008).

4.2 Θεωρίες ομάδων συμφερόντων σχετικές με την πολιτική υγείας

Οι βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις που αναφέρονται στις ομάδες συμφερόντων για τη δυναμική στον χώρο της υγείας είναι ο πλουραλισμός, ο μαρξισμός και ο στρουκτουραλισμός. Η ουσία της πλουραλιστικής θεωρίας περί εξουσίας και λήψης αποφάσεων είναι ότι οι πόροι που συνεισφέρουν στην εξουσία είναι ευρέως κατανομημένοι μεταξύ διαφορετικών ομάδων στην κοινωνία. Καμία ομάδα δεν είναι κυρίαρχη, κάθε μία ασκεί έναν βαθμό επιρροής και η εξουσία κατανέμεται μεταξύ επίσημων ομάδων σε κυβερνητικούς φορείς. Οι εξελίξεις στα συστήματα και στις πολιτικές υγείας ερμηνεύονται με όρους αλληλεπίδρασης μεταξύ των ομάδων συμφερόντων. Οι έρευνες των πλουραλιστών δείχνουν ότι οι τελικές αποφάσεις προκύπτουν μέσω μιας σειράς συμβιβασμών μεταξύ συμφερόντων (Eckstein, 1960).

Μια άλλη θεωρητική προσέγγιση στην ανάλυση της κατανομής της εξουσίας εντός των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης προέρχεται από μαρξιστές. Αυτοί υποστηρίζουν ότι οι διάφορες ανισότητες στην υγεία και τις υγειονομικές υπηρεσίες εξαρτώνται από το ποιος ελέγχει αυτές τις υπηρεσίες και ποιος είναι υπεύθυνος για την κατανομή των πόρων. Οι ιατρικές υπηρεσίες θεωρούνται μέρος του καπιταλιστικού τρόπου παραγωγής, δηλαδή η κυρίαρχη τάξη είναι ιδιοκτήτης των μέσων παραγωγής και το προλεταριάτο πουλά σε αυτή τη μισθωτή εργασία του. Ο καπιταλιστικός τρόπος παραγωγής επιτρέπει την ανάδυση ταξικών σχέσεων παραγωγής, αφού η οικονομικά κυρίαρχη τάξη κυριαρχεί πάντοτε και πολιτικά. Το κράτος θεωρείται ότι δρα σε όφελος της αστικής τάξης και ότι επιτελεί πλήθος λειτουργιών. Η κατανομή των ωφελημάτων στο πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας ερμηνεύεται με αναφορές στην ταξική πάλη και την κυριαρχία της αστικής τάξης (Ham, 1999).

Η θεωρία των διαρθρωτικών συμφερόντων, υποστηρίζει ότι ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης και οι δυναμικές του, καθορίζονται από συγκρούσεις μεταξύ θεμελιακών διαρθρωτικών συμφερόντων. Αυτά μπορούν να ταξινομηθούν ως κυρίαρχα (το ιατρικό επάγγελμα), συμφέροντα που αμφισβητούν (οι «επιχειρησιακοί ορθολογιστές») και καταπιεσμένα (η κοινότητα και οι ασθενείς). Ο Alford (1975), υποστηρίζει ότι η εξουσία των ιατρών είναι εκείνη που δημιουργεί την κοινωνική συναίνεση. Με άλλα λόγια, αυτή που εγγυάται ότι ορισμένα κυρίαρχα συμφέροντα θα εξυπηρετηθούν και θα θεωρηθούν νόμιμα, είναι η ύπαρξη ειδικών πολιτικών, νομικών και οικονομικών θεσμών. Με άλλα λόγια, το

ιατρικό επάγγελμα, χρησιμοποιώντας την εξουσία και τη θέση που του εκχωρούν οι επίσημοι θεσμοί της κοινωνίας, που είναι ενσωματωμένοι σε ένα δίκτυο οικονομικών, νομικών και πολιτικών θεσμών, οδηγεί σε μια κοινωνιακή συναίνεση, η οποία προωθεί τα διαρθρωτικά συμφέροντα προνομιούχων ομάδων, στις οποίες περιλαμβάνεται και το ιατρικό επάγγελμα και τους επιτρέπει να αναπαράγουν και να εξακολουθούν να κατευθύνουν και να επηρεάζουν τα καταπιεσμένα διαρθρωτικά συμφέροντα (Νικολέντζος, 2008).

4.3 Πρόσφατες κοινωνιολογικές θεωρίες για τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας

Η διεθνής βιβλιογραφία έχει καταδείξει τη σημασία της σχέσης μεταξύ κράτους και ιατρικού επαγγέλματος, όπως επίσης και άλλων ομάδων συμφερόντων για την εφαρμογή μεταρρυθμίσεων στο υγειονομικό σύστημα. Είναι επομένως σημαντικό για τους ερευνητές οποιασδήποτε μεταρρύθμισης του υγειονομικού συστήματος να αναγνωρίσουν, να περιγράψουν και να ερμηνεύσουν τη σχέση αυτή. Για το λόγο αυτό, θεωρήθηκε αναγκαίο να αναφερθούν θεωρητικά πλαίσια από την κοινωνιολογία και την πολιτική επιστήμη, για την καλύτερη κατανόηση της εξουσίας των ιατρών στο πεδίο της πολιτικής υγείας (Νικολέντζος, 2008)

Στη θεωρία των επαγγελματιών, πολλοί μελετητές υποστηρίζουν ότι ο ρόλος των ιατρών είναι κυρίαρχος όχι μόνον στην παροχή υπηρεσιών, αλλά και στη διαδικασία διαμόρφωσης πολιτικών, με αποτέλεσμα να επηρεάζουν έτσι ευρύτερα το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Η κυριαρχία των ιατρών απορρέει από την εξειδικευμένη και την εσωτερική γνώση, τις οποίες ελέγχουν αποκλειστικά οι ιατροί. Επίσης, οι ιατροί εμπλέκονται στις πολιτικές μεταρρυθμίσεις αφού επηρεάζεται άμεσα το εισόδημα, οι συνθήκες εργασίας, η εξουσία και το κύρος τους. Το κύριο συμπέρασμα της θεωρίας των επαγγελματιών, είναι ότι ανεξαρτήτως της προέλευσης της επαγγελματικής αυτονομίας των ιατρών (τεχνική εξειδίκευση, μονοπώλιο αγοράς), οι ιατροί έχουν κατακτήσει με τρόπο μοναδικό την κατάλληλη θέση ως πολιτικό λόμπι για να προστατεύονται ακόμη και όταν αμφισβητούνται (Νικολέντζος, 2008).

Οι θεωρητικοί του ιστορικού θεσμισμού προσφέρουν εξηγήσεις για το πώς, σε διαμάχες μεταξύ αντίπαλων ομάδων για σπανίζοντες πόρους, οι θεσμοί (επίσημες ή ανεπίσημες

διαδικασίες, ρουτίνες, νόρμες και συμβάσεις που είναι ενσωματωμένες στην οργανωσιακή δομή της πολιτείας και της πολιτικής οικονομίας), ευνοούν ορισμένα συμφέροντα και ζημιώνουν άλλα. Οι οπαδοί του ιστορικού θεσμισμού εξετάζουν πώς οι θεσμοί κατανέμουν την εξουσία άνισα μεταξύ των κοινωνικών ομάδων. Πιο συγκεκριμένα, ενδιαφέρονται να εντοπίσουν πώς οι θεσμοί έχουν την τάση να προσδίδουν σε ορισμένες ομάδες ή συμφέροντα δυσανάλογη πρόσβαση στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και πώς αυτές οι ομάδες κερδίζουν ενώ οι άλλες χάνουν. Οι οπαδοί του, έχουν υποστηρίξει ότι η αλλαγή πολιτικής είναι σε μεγάλο βαθμό «εξαρτημένη ως προς την τροχιά», ότι δηλαδή «δεδομένοι» θεσμοί περιορίζουν την εξέλιξη της πολιτικής σε συγκεκριμένη πορεία. Προηγούμενες αποφάσεις και γεγονότα παίζουν σημαντικό ρόλο στον καθορισμό της μεταγενέστερης εξέλιξης θεσμών και πολιτικών. Η εξάρτηση από την τροχιά ενισχύεται από ορισμένες συνθήκες, όπως όταν εφαρμοσμένες πολιτικές έχουν δημιουργήσει μεγάλους θεσμούς με σημαντικό κόστος εγκαθίδρυσης (έτσι ώστε το κόστος μελλοντικών προσπαθειών για αλλαγή πολιτικής να είναι και αυτό μεγάλο), όταν οι θεσμοί είναι επωφελείς για σημαντικές οργανωμένες ομάδες συμφερόντων που μπορούν να επηρεάσουν είτε τη διαμόρφωση πολιτικής μέσω της κοινοβουλευτικής οδού ή την επακόλουθη εφαρμογή της, όταν οι θεσμοί ενσωματώνουν μακροπρόθεσμες δεσμεύσεις, όταν οι θεσμοί αντικατοπτρίζουν τις ευρύτερες πολιτισμικές και οικονομικές αξίες της κοινωνίας και όταν οι συνθήκες θέτουν εμπόδια στην πορεία της αλλαγής τα οποία κανείς δεν αναμένει ή επιθυμεί. Ο ιστορικός θεσμισμός, αναπτύσσει επεξηγηματικά επιχειρήματα για σημαντικά αποτελέσματα ή αινίγματα παίρνοντας σοβαρά υπόψη τον χρόνο, επιχειρεί δηλαδή να προσδιορίσει και να παρατηρήσει ακολουθίες γεγονότων και τέλος επιχειρεί να λάβει υπόψη του το μακρο-πλαίσιο της πολιτικής, δηλ. τις συνδυασμένες επιδράσεις που έχουν οι θεσμοί και οι συνήθεις διαδικασίες πολιτικών στα αποτελέσματα των πολιτικών. Να σημειωθεί ότι ο ιστορικός θεσμισμός έχει χρησιμοποιηθεί για την ανάλυση πολιτικών υγείας και, πιο συγκεκριμένα, μεταρρυθμίσεων υγειονομικού συστήματος (Νικολέντζος, 2008).

4.4 Ιδιωτική Ιατρική στην Κύπρο – Σύντομη Επισκόπηση

Ήδη από τη δεκαετία του 1950 η ιατρική ασκείτο και από ιδιώτες ιατρούς στις πόλεις και στα μεγάλα χωριά. 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 δικό του ιατρείο και είχε συνεργάτη φαρμακοποιό. Η συνεργασία τους ήταν και μέθοδος αύξησης των ασθενών – πελατών τους εκατέρωθεν. Λίγοι ήταν οι επιτυχημένοι και λιγότεροι οι καταρτισμένοι και μελετηροί 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.

Πραγματικοί ήρωες μπορούν να χαρακτηριστούν οι ιατροί της κυπριακής υπαίθρου τη δεκαετία του 1950, γιατί διέθεταν πρωτόγονα μέσα, ελάχιστα φάρμακα και ήταν απομονωμένοι συγκοινωνιακά από τις πόλεις και τα νοσοκομεία. Οι ελάχιστοι αυτοί ιατροί της υπαίθρου κατοικούσαν στα μεγαλοχώρια και μετακινούνταν στα γύρω χωριά για να επισκεφτούν τους ασθενείς τους. Ιδιαίτερη αναφορά αξίζει στους ιδιώτες ιατρούς που παρέμειναν και εργάστηκαν στα χωριά καταγωγής τους κατά τα χρόνια της Βρετανικής διακυβέρνησης. Μερικοί από αυτούς έζησαν στην ύπαιθρο μέχρι το 1974, για να βιώσουν το ξεριζωμό από τη γη τους.

Η εγκαθίδρυση, το 1960, του νεοσύστατου κυπριακού κράτους έφερε μια νέα εποχή και για την ιατρική στην Κύπρο. Λίγα χρόνια πριν την εγκαθίδρυση 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 στην 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. Εκείνο όμως που έχει σημασία όσον αφορά την ιδιωτική ιατρική είναι ότι 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 «Γαλήνης» 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 προεξάρχοντα 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 θεσπίστηκαν κανονισμοί 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. 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, ορθοπεδικές, χειρουργικές και άλλες – δέχτηκαν 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 (Αναστασιάδης, 2016).

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

φέρνει την ιατρική της Κύπρου ακόμη πιο κοντά στην πρόοδο και στην έρευνα. Η πρώτη δεκαετία του 21^{ου} 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, ώστε να καλύπτουν, πια, όλες τις εκφάνσεις της ιατρικής, καθώς και η παρουσία της ακαδημαϊκής ιατρικής, έχουν ανοίξει νέους ορίζοντες για την περαιτέρω άνοδο των δεικτών υγείας του πληθυσμού. Ο ιδιωτικός τομέας, έχει προχωρήσει τα τελευταία χρόνια, σε τεράστιες επενδύσεις, με τη δημιουργία μεγάλων σύγχρονων νοσηλευτικών μονάδων και νοσοκομείων. Οι περισσότεροι ιδιώτες ιατροί στην Κύπρο είναι εξειδικευμένοι, σε όλες, σχεδόν, τις ιατρικές ειδικότητες (Αναστασιάδης, 2016).

Παρόλα αυτά τα αδύνατα σημεία, στις ιατρικές υπηρεσίες στην Κύπρο, εστιάζονται στην έλλειψη σωστής οργάνωσης και πειθαρχίας, την αναποτελεσματικότητα στη διοίκηση των νοσοκομείων και την ανεπίτρεπτη καθυστέρηση εισαγωγής και εφαρμογής της σύγχρονης τεχνολογίας στην πληροφορική. Αυτοί φαίνεται να είναι οι κύριοι λόγοι της αδυναμίας εφαρμογής του Γενικού Σχεδίου Υγείας στην Κύπρο (Αναστασιάδης, 2016).

4.5 Ιδιωτικός τομέας ιατρικής στην Κύπρο

Ο ιδιωτικός τομέας προσφέρει υπηρεσίες υγείας έναντι αμοιβής και οι υπηρεσίες αυτές χωρίζονται σε πρωτοβάθμιες δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες. Οι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας αφορούν τους ιδιώτες ιατρούς, οι οποίοι σύμφωνα με το καταστατικό του Παγκύπριου Ιατρικού Συλλόγου, ανέρχονται στους 2007 και εξυπηρετούν εξωτερικούς ασθενείς. Επίσης, στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες εντάσσονται οι 360 διαγνωστικές και άλλες υπηρεσίες σε ολόκληρη την Κύπρο, τα εργαστήρια, οι ακτινολογικές υπηρεσίες και τα φαρμακεία. Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια υπηρεσία υγείας, αφορά τα ιδιωτικά νοσοκομεία 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 επένδυσαν χρηματικά σε αυτά. Επίσης και με την παροχή των ιατρικών τους υπηρεσιών, αποσκοπούν στην καλύτερη ιατρική φροντίδα των ασθενών τους. 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 Αμερικανικό Καρδιολογικό Κέντρο και το Ογκολογικό Κέντρο της Τράπεζας Κύπρου. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία τιμολογούν τις υπηρεσίες τις οποίες προσφέρουν στον ασθενή. Οι ιδιώτες ιατροί που εργάζονται στα νοσοκομεία αυτά αμείβονται ξεχωριστά.

Η ιδιωτική ιατρική στην Κύπρο θεωρείται ελεύθερο επάγγελμα, όπου δεν υπάρχει μέγιστος ή ελάχιστος αριθμός 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 (Μάτσης, 2008). Σύμφωνα με το καταστατικό του Παγκύπριου Συνδέσμου Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων, 37 ιδιωτικά νοσοκομεία είναι εγγεγραμμένα στο μητρώο του Συνδέσμου. Από αυτά, τα 11 βρίσκονται στην επαρχία Λευκωσίας, 5 στην Πάφο, 11 στην Λεμεσό, 7 στη Λάρνακα και 3 στην επαρχία Αμμοχώστου (Παγκύπριος Σύνδεσμος Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων, 2016). Ακόμη, είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι ο κύριος όγκος των ιατρών και οδοντιάτρων είναι συγκεντρωμένοι στον ιδιωτικό τομέα. Επισημαίνεται ακόμη, ότι δεν υπάρχει ουσιαστική σχέση μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα, αλλά 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. Αποτελεί πραγματικότητα το 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, έχει συσταθεί και εγκριθεί από τους αρμόδιους κρατικούς φορείς η Ένωση Ιδιωτών Ιατρών Κύπρου (ΕΝ.Ι.Κ) η οποία εκπροσωπεί τους ιδιώτες ιατρούς που εργάζονται στην Κύπρο. Να σημειωθεί ότι στην ΕΝ.Ι.Κ δεν είναι εγγεγραμμένοι όλοι οι ιδιώτες ιατροί. Σκοπός της ΕΝ.Ι.Κ είναι η ανάδειξη του πολυδιάστατου έργου των ιδιωτών ιατρών, η επιστημονική ανέλιξη μέσω συνεχούς εκπαίδευσης όπως και η αντιμετώπιση των προβλημάτων που

παρατηρούνται στην άσκηση της ιατρικής. Η ΕΝ.Ι.Κ, συμμετέχει στις συζητήσεις σχετικά με το ΓεΣΥ, μιας και η συντριπτική πλειοψηφία των ιατρών που μπορεί να το εφαρμόσει είναι ιδιώτες.

4.6 Θέσεις και απόψεις των ιδιωτών ιατρών για το ΓεΣΥ

Σύμφωνα με το Δρ. Πέτρο Αγαθαγγέλου, πρόεδρο του ΠΙΣ, η υγεία του λαού είναι το ύψιστο και πολυτιμότερο αγαθό, που έχει ο άνθρωπος, γι' αυτό προτεραιότητα του ιατρικού κόσμου είναι να συμβάλει στη διασφάλιση της ισότιμης και ποιοτικής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης του λαού. Υπάρχει αναγκαιότητα να εφαρμοστεί ένα σχέδιο υγείας, με την προϋπόθεση ότι θα επαναξιολογηθούν τα δεδομένα του υφιστάμενου συστήματος υγείας. Ο ιατρικός κόσμος, αναγνωρίζει ακριβώς αυτή την ανάγκη, για εφαρμογή ενός καλά μελετημένου ΓεΣΥ, το οποίο να είναι βιώσιμο και λειτουργικό και ν' ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ασθενών για ποιοτική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Ωστόσο, κρίνεται αναγκαίο να διασφαλιστεί η αξιοπρέπεια του ιατρικού κόσμου, τόσο σε επίπεδο επιστημονικής κατάρτισης, όσο και του κύρους του, μέσα σε αξιοπρεπείς εργασιακές συνθήκες και ανάλογες αμοιβές, τόσο για τους ιδιώτες ιατρούς, όσο και για τους ιατρούς του δημόσιου τομέα (Ιατρικός Τύπος, 2015).

Σύμφωνα με τον ΠΙΣ, το ΓεΣΥ θα πρέπει να βασιστεί στα κυπριακά δεδομένα, ώστε να διασφαλίζεται ποιοτική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Οι υφιστάμενοι σχεδιασμοί, βασίζονται σε μελέτες υποθέσεων και όχι σε πραγματικά δεδομένα. Η ενδεχόμενη απόκλιση από τα δεδομένα της κυπριακής πραγματικότητας, πιθανόν να έχει απρόβλεπτα και ανεπιθύμητα επακόλουθα στον τομέα της υγείας, στην οικονομία του κράτους και κατά συνέπεια στην υγεία των πολιτών. Ο ΠΙΣ, διατηρεί πολλές επιφυλάξεις, όσον αφορά τη βιωσιμότητα του προτεινόμενου ΓεΣΥ. Εισηγείται επαναπροσδιορισμό του προϋπολογισμού του ΓεΣΥ, λαμβάνοντας υπόψη τον αριθμό των ασθενών με χρόνιες παθήσεις, το ετήσιο κόστος της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και το προσδόκιμο ζωής (Ιατρικός Τύπος, 2015).

Ο νυν Υπουργός Υγείας, Γιώργος Παμπορίδης, χαρακτηρίζει την κατάσταση στον τομέα της υγείας ως οριακή. Οι ως τώρα πολιτικές ηγεσίες, δεν έδωσαν λύση στα σοβαρά θέματα της υγείας. Στόχος του Υπουργείου Υγείας, είναι η πλήρης μεταρρύθμιση του τομέα της υγείας, μέσα από συγκεκριμένες διαδικασίες, όπως είναι η αυτονόμηση των δημόσιων νοσοκομείων

και η αυτονόμηση της ρύθμισης της αγοράς φαρμάκων, μέσω ενός εθνικού οργανισμού φαρμάκων (Ιατρικός, Κόσμος, 2015). Ο δημόσιος και ιδιωτικός τομέας υγείας, έχουν αναπτύξει μεταξύ τους αθέμιτο ανταγωνισμό, με αποτέλεσμα να αδυνατούν ν' ανταποκριθούν στις σύγχρονες απαιτήσεις του τομέα υγείας. Οι ιδιώτες ιατροί, διαπιστώνουν ότι, το υφιστάμενο σύστημα υγείας εμφανίζει σημαντικά προβλήματα, ειδικά όσον αφορά τον τρόπο λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων. Οι μεγάλες λίστες αναμονής, η κακή οργάνωση και οι ελλείψεις κλινών συνιστούν μερικά από τα προβλήματα του συστήματος. Βασική αιτία των προβλημάτων, είναι η υπερφόρτωση των δημοσίων νοσοκομείων με αριθμό ασθενών, που ξεπερνούν τις δυνατότητες τους. Στην προσπάθεια να εξυπηρετήσουν όσον το δυνατόν περισσότερους ασθενείς, η φροντίδα που παρέχεται δεν είναι ποιοτική. Η υπερβολική και αχρείασθη συνταγογράφηση φαρμάκων, καθώς και η αλόγιστη αγορά ιατρικού εξοπλισμού, τακτική που ακολουθείται για χρόνια, είχε ως αποτέλεσμα τη σπατάλη εκατομμυρίων, η οποία συνέβαλε στην οικονομική κρίση (ΕΝΙΚ, 2014).

Οι ιδιώτες ιατροί βρίσκονται σε ένα διαρκή διάλογο, τόσο με τον ΠΙΣ, όσο και με το Υπουργείο Υγείας, όσον αφορά την εφαρμογή και υλοποίηση του ΓεΣΥ. Θεωρούν πως είναι κοινό μυστικό, ότι, αν δεν υπήρχε η οικονομική κρίση και το μνημόνιο, δύσκολα θα έβγαινε από τα συρτάρια του Υπουργείου Υγείας το ΓεΣΥ. Επιβεβαίωση τούτου, αποτελεί το γεγονός, ότι κατά τα τελευταία είκοσι χρόνια δεν έγινε καμία αποτελεσματική ενέργεια, που να οδηγεί στην εφαρμογή ενός Γενικού Σχεδίου Υγείας (ΕΝΙΚ, 2014). Σχετικά, ο Δρ. Πέτρος Αγαθαγγέλου, αναφέρει ότι μέσα στα πλαίσια των μεταρρυθμίσεων, θα πρέπει να τροχοδρομηθεί η εφαρμογή του ΓεΣΥ, γιατί η Κύπρος αποτελεί τη μόνη χώρα στην Ευρώπη, που δεν έχει σχέδιο υγείας. Παρόλα αυτά, η Κύπρος, στον τομέα των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών, συγκρίνεται άνετα με άλλες χώρες. Επισημάνθηκε ότι, ξεδεύτηκαν εκατομμύρια σε μελέτες, στις οποίες δε λήφθηκαν ποτέ υπόψη τα κυπριακά δεδομένα και ούτε γίνεται καμιά απολύτως αναφορά στην έννοια του ποιοτικού ελέγχου. Λόγω της απουσίας πραγματικής στατιστικής μελέτης για το κόστος του ΓεΣΥ, δεν υπήρχε καθολική συμφωνία για την εφαρμογή του. Επιπλέον, το προτεινόμενο ΓεΣΥ, βασίστηκε σε δεδομένα άλλων χωρών και όχι σε δεδομένα που αφορούν την Κύπρο. Ακόμη, δεν συμπεριλαμβάνονται στο προτεινόμενο ΓεΣΥ, επιδημιολογικά στατιστικά στοιχεία για χρόνιες παθήσεις (Ιατρικός Τύπος, 2015).

Σε σύγκριση με το υφιστάμενο σύστημα υγείας, το προτεινόμενο ΓεΣΥ, έχει αρκετά πλεονεκτήματα, όπως και μειονεκτήματα. Σημαντικό μειονέκτημα, αποτελεί το γεγονός ότι είναι ένα μονοασφαλιστικό σύστημα, συνεπώς μονοπωλιακό, που υποβαθμίζει την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών. Οι ιδιώτες ιατροί, προτείνουν την ένταξη των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών στο ΓεΣΥ, δηλαδή τη συνύπαρξη του δημόσιου Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) και των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών. Προτείνουν ακόμη, να έχουν οι ασθενείς το δικαίωμα επιλογής του φορέα ασφάλισης. Το μεικτό αυτό σύστημα, δημιουργεί συνθήκες υγιούς ανταγωνισμού, καλύτερης ποιότητας υπηρεσιών και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, τόσο προς όφελος των ασθενών, όσο και της οικονομίας. Έτσι, πιστεύουν ότι διασφαλίζεται η βιωσιμότητα του ΓεΣΥ και αναβαθμίζονται οι προσφερόμενες υπηρεσίες των ιδιωτικών και των δημόσιων νοσοκομείων. Υποστηρίζουν επίσης, ότι ο ασθενής, πρέπει να έχει ελεύθερη επιλογή ιατρού, νοσοκομείου και ασφαλιστικού φορέα, όπως και ο ιατρός, πρέπει να έχει ελεύθερη επιλογή φαρμάκων κατά τη συνταγογράφηση και χειρουργικών αναλώσιμων στις χειρουργικές επεμβάσεις (ΕΝΙΚ, 2014)

Οι ιδιώτες ιατροί, δεν απορρίπτουν το ΓεΣΥ, αλλά αντιθέτως είναι υπέρ ενός λειτουργικού και βιώσιμου ΓεΣΥ. Ωστόσο, υπάρχουν κάποιες βασικές προϋποθέσεις σε περίπτωση συμμετοχής τους στο ΓεΣΥ, οι οποίες γνωστοποιήθηκαν από την ΕΝΙΚ (ΕΝΙΚ, 2014). Ως απαραίτητη προϋπόθεση, τίθεται η πλήρης διοικητική και οικονομική αυτονόμηση των δημόσιων νοσοκομείων, πριν από την εφαρμογή του ΓεΣΥ. Τα δημόσια νοσοκομεία, θα μπορούν να ονομαστούν αυτόνομα, μόνο όταν σταματήσουν να λαμβάνουν κρατική βοήθεια και να είναι οικονομικά ανεξάρτητα. Δηλαδή, ένα δημόσιο νοσοκομείο, να μπορεί από τις απολαβές του, να αυτοσυντηρείται και να μη χρειάζεται επιπρόσθετη κρατική οικονομική βοήθεια. Για να γίνει αυτό εφικτό, πρέπει να κοστολογηθούν οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας (Ιατρικός Τύπος, 2015). Όπως αναφέρει ο νυν Υπουργός Υγείας, η ολοκλήρωση της αυτονόμησης, θα οδηγήσει στην εισαγωγή του ΓεΣΥ. Τονίζει ότι, «ΓεΣΥ και αυτονόμηση, είναι οι δύο όψεις του ίδιου νομίσματος, που λέγεται μεταρρύθμιση της υγείας στην Κύπρο» (Ιατρικός, Κόσμος, 2015).

Με βάση τις πρόνοιες του προτεινόμενου ΓεΣΥ, όλοι οι πολίτες θα πρέπει να εγγραφούν σε ένα οικογενειακό ιατρό, ο οποίος θα τους παρακολουθεί για τα γενικά θέματα υγείας που τους απασχολούν, ενώ για τα εξειδικευμένα ιατρικά προβλήματα θα παραπέμπονται στους ειδικούς ιατρούς. Με αυτό τον τρόπο όμως, ανατρέπεται η σημερινή πραγματικότητα και αλλάζει πλήρως η άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος στην Κύπρο, με αποτέλεσμα την

αύξηση της ανασφάλειας των ειδικών ιατρών, αφού οι ασθενείς πιθανόν να επηρεάζονται με διάφορους τρόπους από τον οικογενειακό ιατρό τους, ως προς το ποιον ειδικό ιατρό να επισκεφτούν. Επομένως, οι ιδιώτες ιατροί, υποστηρίζουν ότι πρέπει να δοθεί το δικαίωμα στους ασθενείς να έχουν απευθείας πρόσβαση σε ειδικό ιατρό, χωρίς παραπομπή από οικογενειακό ιατρό, με καταβολή ενός μικρού ποσού συν – πληρωμής. Παράλληλα, προτείνουν οι αμοιβές των ιατρών που θα συμμετέχουν στο ΓεΣΥ, να μην είναι κατώτερες των τιμών, που έχουν συμφωνηθεί το 2009. Επιπλέον, απαραίτητη προϋπόθεση είναι και ο διαχωρισμός της αμοιβής των ιατρών, από αυτήν των νοσοκομείων (ΕΝΙΚ, 2014). Η άποψη του νυν Υπουργού Υγείας, είναι η ότι η εισαγωγή οποιουδήποτε ΓεΣΥ, θα προκαλέσει τριγμούς, γιατί όσοι βρίσκονται στην κορυφή της πυραμίδας του συστήματος, θεωρούν ότι οποιαδήποτε αναδιανομή γίνει, ενδεχομένως να θίξει τα συμφέροντα τους (Ιατρικός Κόσμος, 2015).

Οι ιδιώτες ιατροί, προτίθενται να συνεργαστούν με όλους τους αρμόδιους φορείς για την εφαρμογή ενός βιώσιμου και ποιοτικού ΓεΣΥ, εάν τηρηθούν οι προαναφερόμενες προϋποθέσεις (ΕΝΙΚ, 2014). Πεποίθηση του ΠΙΣ, είναι ότι θα πρέπει όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς να συνεργαστούν, ώστε να εφαρμοστεί το ΓεΣΥ, νοουμένου ότι θα επανασχεδιαστεί σωστά (Ιατρικός Τύπος, 2015). Βασικός πυλώνας για την εφαρμογή του ΓεΣΥ, είναι η αποδοχή του από τον ιατρικό κόσμο. Ο ορθός σχεδιασμός του ΓεΣΥ, θα συμβάλει στον εντοπισμό των κενών και παραλείψεων του προτεινόμενου ΓεΣΥ, για το σχεδιασμό του οποίου, οι ιδιώτες ιατροί, δεν είχαν ως τώρα κληθεί να εκφέρουν άποψη. Εάν υπάρχει πολιτική βούληση και διάθεση από όλα τα εμπλεκόμενα μέρη, μπορεί να τροχοδρομηθούν οι απαραίτητες μεταρρυθμίσεις, ώστε να αρχίσει η σταδιακή εφαρμογή ενός ΓεΣΥ (Ιατρικός Τύπος, 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στο κεφάλαιο αυτό, περιγράφεται η ερευνητική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για το σκοπό αυτής της διατριβής, ο οποίος είναι να αναγνωριστούν οι θέσεις και οι απόψεις των ιατρών του ιδιωτικού τομέα στην εφαρμογή του Γενικού Σχεδίου Υγείας στην Κύπρο. Επίσης, στόχος είναι να αποκαλυφθεί η επιρροή των ιδιωτών ιατρών, στις μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, κάτω από τις ιδιαιτερότητες του κυπριακού συστήματος υγείας. Στη διατριβή αυτή, χρησιμοποιήθηκαν διαφορετικές μέθοδοι συλλογής δεδομένων.

5.1 Σχεδιασμός και μέθοδοι συλλογής δεδομένων

Στη διατριβή αυτή, χρησιμοποιήθηκαν δύο κύριες πηγές δεδομένων, οι γραπτές πηγές και οι ημιδομημένες συνεντεύξεις. Καταρχάς, 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 ιατρικών συλλόγων και άλλων ομάδων συμφερόντων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης της Κύπρου. Οι γραπτές πηγές παρείχαν σημαντικές πληροφορίες, όσον αφορά την περιγραφή του υφιστάμενου συστήματος 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. Το πρώτο στάδιο συλλογής των πηγών ολοκληρώθηκε τον Ιανουάριο του 2016. Τέλος από τις γραπτές πηγές, συγκεντρώθηκαν πληροφορίες για τον ιδιωτικό τομέα ιατρικής της Κύπρου.

Το δεύτερο μέρος της συλλογής των δεδομένων, που είναι οι ημιδομημένες συνεντεύξεις, απαιτούσε την επιλογή των πληροφορητών, που είναι ιδιώτες ιατροί και κατέχουν θέσεις κλειδιά στον τομέα της υγείας και επομένως γνωρίζουν καλά τις πτυχές του Γενικού Σχεδίου Υγείας. Για τον εντοπισμό των ατόμων, έγινε μια αρχική ανάλυση των κυριότερων συμμετεχόντων. Στη συνέχεια, προσδιορίστηκαν οι κύριες οργανώσεις και σύλλογοι των ιδιωτών ιατρών. Διενεργήθηκαν δεκαέξι ημιδομημένες συνεντεύξεις με βασικούς

πληροφορητές ιδιώτες ιατρούς, οι οποίοι εμπλέκονταν με διάφορους τρόπους στο σχεδιασμό ή την εφαρμογή μεταρρυθμίσεων και είχαν άποψη και εμπλοκή στα κοινά της υγείας.

5.2 Ημιδομημένες συνεντεύξεις με πληροφορητές ιδιώτες ιατρούς

Ο τύπος συνέντευξης που επιλέχθηκε, ήταν η ημιδομημένη συνέντευξη με βασικούς πληροφορητές. Όλοι οι πληροφορητές ήταν ιατροί, που απασχολούνται στον ιδιωτικό τομέα υγείας. Οι συνεντεύξεις διενεργήθηκαν πρόσωπο με πρόσωπο με τον πληροφορητή και χρησιμοποιήθηκε ένας θεματικός κατάλογος, που αποτελείται από τριάντα έξι ερωτήσεις, διαχωρισμένες σε τέσσερις θεματικές ενότητες. 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 45 λεπτά, ανάλογα με τα θέματα, που έθιγε ο ερωτώμενος και την προθυμία του να απαντήσει στο σχετικό ερωτηματολόγιο. Οι συνεντεύξεις διενεργήθηκαν στα γραφεία των ιδιωτών ιατρών, τόσο στη Λευκωσία, όσο και στη Λεμεσό, από το Φεβρουάριο μέχρι και τον Ιούλιο του 2016. Το ερωτηματολόγιο αποτελείτο από ερωτήσεις ανοικτού τύπου, οι οποίες ομαδοποιήθηκαν σε τέσσερις θεματικές ενότητες, ώστε να καλύπτουν τις διαστάσεις της έρευνας. Ο θεματικός οδηγός, που χρησιμοποιήθηκε στις συνεντεύξεις περιελάμβανε ερωτήματα για τον πληροφορητή και τη θέση που κατέχει στο σύστημα υγείας. Οι θεματικές ενότητες του ερωτηματολογίου είναι οι γενικές ερωτήσεις, τα συμφέροντα στον τομέα υγείας της Κύπρου, το Γενικό Σχέδιο Υγείας και οι απόψεις και θέσεις των ιδιωτών ιατρών για το Γενικό Σχέδιο Υγείας. Τα προβλήματα που προέκυψαν κατά την διάρκεια των συνεντεύξεων, ήταν η δυσκολία συνάντησης με τους ιδιώτες ιατρούς, λόγω του βεβαρημένου προγράμματος τους. κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων, υπήρχαν συχνές διακοπές, τόσο από το εργασιακό περιβάλλον των ιατρών, όσο και από τηλεφωνικές κλήσεις. Άλλο πρόβλημα που προέκυψε, ήταν η απαίτηση ορισμένων ιδιωτών ιατρών, να μην μαγνητοφωνηθούν ορισμένες απόψεις τους. Ακόμη, επαναλάμβαναν σε πολλές από τις ερωτήσεις, τις έντονες απόψεις τους για συγκεκριμένα ζητήματα, είτε αυτά περιλαμβάνονταν στις ερωτήσεις, είτε όχι. 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. Επίσης ήταν εκπρόσωποι των μεγαλύτερων συνδικαλιστικών παρατάξεων και συνδέσμων ή είχαν μακροχρόνια επαγγελματικά συμφέροντα στην υγειονομική περίθαλψη. Οι συνεντευξιαζόμενοι ήταν όλοι ιατροί του ιδιωτικού τομέα και κατατάσσονται σε πέντε κατηγορίες:

- Ακαδημαϊκοί ιδιώτες ιατροί
- Υπουργοί υγείας
- Συνδικαλιστές ιατροί
- Ιδιώτες μεγαλοιατροί
- Στελέχη ιατρικών συλλόγων

5.3 Ανάλυση Αποτελεσμάτων

Κατά τη διαδικασία ανάλυσης των αποτελεσμάτων, απομαγνητοφωνήθηκαν αρχικά οι δεκαέξι συνεντεύξεις των ιδιωτών ιατρών. 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 6

ΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΓΕΣΥ

6.1 Εισαγωγή

Το κεφάλαιο αυτό περιέχει τη συλλογή των δεδομένων που προέκυψαν από τις δεκαέξι συνεντεύξεις των ιδιωτών ιατρών. 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 και για την εφαρμογή του προτεινόμενου ΓεΣΥ.

6.2 Πρώτη Θεματική: το υφιστάμενο σύστημα υγείας της Κύπρου και οι μεταρρυθμίσεις που δρομολογούνται στον τομέα της υγείας

Η πλειονότητα των βασικών πληροφορητών, υποστηρίζει ότι χωρίς καμία αμφιβολία το υφιστάμενο σύστημα υγείας της Κύπρου, συνιστά ένα απαρχαιωμένο σύστημα, που αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα και χρήζει μεταρρύθμισης. Η οικονομική κρίση του 2013, κατέδειξε ότι είναι σχεδόν αδύνατο να ανταποκριθεί στις ολοένα αυξανόμενες ανάγκες των ασθενών. Το κόστος θεραπείας στον ιδιωτικό τομέα, δυσχεραίνει τους περισσότερους ασθενείς, οι οποίοι συρρέουν συνεχώς προς τα κρατικά νοσηλευτήρια. Ο πληροφορητής (3Σ), ανέφερε χαρακτηριστικά ότι «δεν υπάρχει σύστημα υγείας στην Κύπρο και ότι η δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, που παρέχεται στους κυβερνητικούς υπαλλήλους, στους συνταξιούχους και τους χαμηλόμισθους πολίτες, από τα κρατικά νοσηλευτήρια, δεν αποτελεί σύστημα υγείας». Αντίθετα, όπως υποστήριξε ένας πανεπιστημιακός, βασικός πληροφορητής (2Σ), το σύστημα υγείας της Κύπρου, συγκρινόμενο με συστήματα υγείας άλλων χωρών είναι πολύ καλύτερο, και μέχρι το 2013, δεν παρουσίαζε ιδιαίτερα προβλήματα. Η οικονομική κρίση έφερε στην επιφάνεια το ζήτημα της αλλαγής του υφιστάμενου συστήματος υγείας, το οποίο χρειάζεται απλά αναβάθμιση, ιδιαίτερα στο δημόσιο τομέα παροχής φροντίδας υγείας».

Σχεδόν όλοι οι βασικοί πληροφορητές, αναφέρθηκαν στην αναγκαιότητα που υπάρχει για την εφαρμογή ενός Γενικού Σχεδίου Υγείας στην Κύπρο, έτσι ώστε η παρεχόμενη φροντίδα υγείας να είναι πραγματικά ποιοτική. Υπογραμμίστηκε ότι το σημερινό σύστημα δε διασφαλίζει την ίση μεταχείριση των ασθενών στα θέματα παροχής υγείας. Διαπιστώνουν ότι υπάρχει μεγάλη ανισότητα και ανταγωνισμός ανάμεσα στον κρατικό και ιδιωτικό τομέα και ότι το σύστημα υγείας θα πρέπει να γίνει ενιαίο. Ο πληροφορητής (7Σ) επεσήμανε ότι «το

ΓεΣΥ δεν είναι ένα τελικό προϊόν, αλλά αποτελεί 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». Επιπρόσθετα αναφέρθηκε ότι ένα σύστημα υγείας, το οποίο δε σχετίζεται με την οικονομική κρίση, που ταλαιπωρεί σήμερα την Κύπρο δε θα πρέπει κατ' ανάγκη να είναι το προτεινόμενο. Επιπλέον η Κύπρος δεν είναι υποχρεωμένη να ακολουθήσει οποιοδήποτε πρότυπο συστήματος υγείας, που εφαρμόζεται σε άλλη Ευρωπαϊκή χώρα. Μερικοί ιδιώτες ιατροί, έχουν την αντίθετη άποψη, ότι δηλαδή δεν είναι αναγκαία η εφαρμογή του ΓεΣΥ στην Κύπρο.

Οι απόψεις των περισσότερων από τους ιατρούς, που συμμετείχαν στη συνέντευξη, συγκλίνουν στο ότι το προτεινόμενο ΓεΣΥ, παρουσιάζει κενά και ότι πρέπει να επανασχεδιαστεί. Συμφωνούν ότι, οι αλλαγές που δρομολογούνται δεν ανταποκρίνονται στην κυπριακή πραγματικότητα και επομένως η εφαρμογή του, θα αποτύχει με μαθηματική ακρίβεια. Επισημαίνουν ότι το νομοσχέδιο του 2001, που αποτελεί τη βάση του όλου σχεδιασμού είναι αναχρονιστικό, γι' αυτό θα πρέπει ο υφιστάμενος σχεδιασμός να αναθεωρηθεί και να τροποποιηθεί. Συμπληρωματικά ανέφεραν ότι από το 2001, έχουν αλλάξει τα δεδομένα, όπως για παράδειγμα οι δείκτες υγείας και το προσδόκιμο ζωής και προβλέπουν ότι θα υπάρχουν πολλά προβλήματα σε περίπτωση εφαρμογής του. Ο ιδιώτης ιατρός (7Σ) ανέφερε χαρακτηριστικά ότι «ένα σχέδιο υγείας, δεν είναι τίποτα άλλο, παρά η αναβάθμιση των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών προς τους ασθενείς, έτσι ώστε από τη γέννηση τους μέχρι και την τρίτη ηλικία, να τυγχάνουν ποιοτικής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, χωρίς διακρίσεις». Η αντίθετη άποψη μιας μικρής μερίδας ιδιωτών ιατρών, είναι ότι το ΓεΣΥ, όπως προτείνεται έχει και πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, όμως οπωσδήποτε θα πρέπει να εφαρμοστεί».

Οι περισσότεροι από τους ιδιώτες ιατρούς, απάντησαν με βεβαιότητα ότι η ενημέρωσή τους σχετικά με το ΓεΣΥ, είναι ανεπαρκής, εφόσον ούτε οι ίδιοι προσπάθησαν να ενημερωθούν πλήρως, επειδή είχαν την πεποίθηση ότι δε θα εφαρμοστεί το ΓεΣΥ. Επεσήμαναν ακόμη, ότι η ενημέρωσή δεν προερχόταν από επίσημους φορείς, αλλά από ιατρικά έντυπα και από ΜΜΕ. Εκφράστηκε ακόμη η άποψη, ότι πιθανόν η έλλειψη πληροφόρησης να ήταν εσκεμμένη, ώστε να προληφθούν τυχόν αντιδράσεις του ιατρικού κόσμου. Κάποιοι ιδιώτες ιατροί, υποστήριξαν ότι έχουν λάβει σημαντική πληροφόρηση, εξαιτίας της θέσης που κατέχουν στον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο και σε διάφορους περιφερειακούς Ιατρικούς

Συλλόγους ή εταιρείες. Έτσι είναι ενημερωμένοι αρκετά καλά για τις εξελίξεις που αφορούν το ΓεΣΥ, εφόσον τις παρακολουθούν στενά.

6.3 Δεύτερη Θεματική: ΓεΣΥ και Οικονομική Κρίση

Οι περισσότερες απόψεις των ιδιωτών ιατρών, 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. Όσον αφορά το ζήτημα της κοστολόγησης των υπηρεσιών υγείας, αναφέρθηκε ότι δεν έγινε ακριβής κοστολόγηση του υφιστάμενου συστήματος, ώστε η Κύπρος να είναι σε θέση να προχωρήσει στην εφαρμογή ενός νέου συστήματος υγείας. Ελάχιστοι ήταν οι ιατροί που εξέφρασαν την άποψη ότι η αναγκαιότητα εφαρμογής του ΓεΣΥ, ήταν και είναι η ίδια και πριν και μετά την οικονομική κρίση και ότι το ΓεΣΥ, θα έπρεπε να εφαρμοστεί πολύ πριν από την οικονομική κρίση. Το γεγονός ότι δεν εφαρμόστηκε πριν την οικονομική κρίση, είχε ως συνέπεια, ο προτεινόμενος προϋπολογισμός του ΓεΣΥ να είναι μειωμένος. Υπογραμμίστηκε 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 πρέπει να αποτελεί το ερέθισμα για την εφαρμογή ενός συστήματος υγείας.

Η οικονομική κρίση, δεν μετέβαλε καθόλου τις θέσεις των ιατρών 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. Η παραπάνω άποψη αντικρούεται από ιδιώτες ιατρούς, οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η θέση κάποιων ιδιωτών ιατρών, για την εφαρμογή του ΓεΣΥ, επηρεάζεται από την οικονομική κρίση, λόγω της μειωμένης προσέλευσης ασθενών, που είχε ως συνέπεια τη μείωση των εισοδημάτων τους. Η εφαρμογή του συστήματος υγείας φαίνεται να αποτελεί για κάποιους ιδιώτες ιατρούς σανίδα σωτηρίας. Η άποψη που επικρατεί όμως, είναι ότι δεν πρέπει τα κριτήρια για την εφαρμογή του ΓεΣΥ να είναι αυτά. Ωστόσο, οι διστάμενες απόψεις συγκλίνουν ως προς το ότι, το

ΓεΣΥ θα πρέπει να υπηρετεί τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού και να προσφέρει ποιοτική ιατρική περίθαλψη. Τονίζουν ακόμη ότι για να πετύχει η εφαρμογή του νέου συστήματος υγείας, δεν πρέπει το ΓεΣΥ να συσχετίζεται με την οικονομική κρίση, διαφορετικά πιστεύουν ότι θα αποτύχει εντελώς. Τέλος εκφράζουν την άποψη ότι η εφαρμογή του ΓεΣΥ δε θα επιλύσει το πρόβλημα της οικονομικής κρίσης, αλλά αντίθετα αν αποτύχει η εφαρμογή του, θα επιφέρει μεγαλύτερα οικονομικά προβλήματα στην Κύπρο.

6.4 Τρίτη Θεματική: η εφαρμογή του ΓεΣΥ στην Κύπρο και τα αλληλοσυγκρουόμενα συμφέροντα

Οι ιδιώτες ιατροί αρχικά υποστηρίζουν, ότι το ΓεΣΥ θα εφαρμοστεί προς όφελος των ασθενών, που είναι άμεσα συνδεδεμένο με το όφελος των ιατρών, τονίζοντας ότι οι ικανοποιητικές συνθήκες εργασίας και αμοιβής των ιατρών, θα συμβάλλουν θετικά στην παροχή ποιοτικής φροντίδας στους ασθενείς. Η άλλη θέση, υποστηρίζει ότι η εφαρμογή του ΓεΣΥ δε θα είναι προς όφελος κανενός, αφού το ΓεΣΥ θα υποβαθμίσει την παροχή ποιοτικής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, επομένως δε θα εφαρμοστεί προς όφελος των ασθενών. Επιπλέον θεωρούν ότι οι ιδιώτες ιατροί δε θα μπορούν να παρέχουν τις ίδιες υπηρεσίες, που παρέχουν σήμερα και αν εργαστούν σε ένα σύστημα, όπου δεν είναι ικανοποιημένοι, τότε το σύστημα αυτό θα καταρρεύσει. Εκφράστηκε επίσης η άποψη ότι θα εφαρμοστεί, τόσο προς όφελος των ασθενών, όσο και προς όφελος των ιατρών, αν φυσικά σχεδιαστεί σωστά.

Οι συνεντεύξεις ανέδειξαν ότι στην όποια μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας στην Κύπρο, τα συμφέροντα που πιθανόν να θιγούν, είναι πρωτίστως τα συμφέροντα των ασφαλιστικών εταιρειών. Οι φαρμακευτικές εταιρείες, είναι δυνατόν να πληγούν οικονομικά, λόγω της επιλογής συγκεκριμένων φαρμάκων, που θα ορίζει το ΓεΣΥ, τα οποία εφόσον θα είναι φθηνότερα, θα πλήττουν τα συμφέροντα τους. Οι κύριοι υπαίτιοι, κατά τη γνώμη τους, που εμποδίζουν τη συζήτηση για διορθωτικές κινήσεις στον τομέα υγείας, διότι έχουν συμφέροντα, είναι οι υψηλόβαθμοι υπάλληλοι του Υπουργείου Υγείας, οι οποίοι διαχειρίζονται εκατομμύρια. Ακόμη, επισημαίνουν ότι, συμφέροντα έχουν και οι μεγαλοιατροί του ιδιωτικού τομέα, των οποίων οι απολαβές θα μειωθούν. Αντίθετα αναφέρθηκε ότι τα συμφέροντα που εξυπηρετούνται με την εφαρμογή του ΓεΣΥ, είναι τα συμφέροντα του ίδιου του κράτους, το οποίο τώρα αδυνατεί να παρέχει πλήρη ιατρική φροντίδα στους ασθενείς, ενώ με την εφαρμογή του θα αξιοποιεί και τις υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα υγείας, για την κάλυψη των ασθενών. Ως εκ τούτου, τα ιδιωτικά νοσοκομεία

θα κλείνουν μεγάλα συμβόλαια με το κράτος, ενώ οι ιδιώτες ιατροί θα έχουν μειωμένη αμοιβή. Ακόμη, θα εξυπηρετούνται τα συμφέροντα, όσων θα διαχειρίζονται τα φάρμακα και όπως ελέγχθη από κάποιους ιδιώτες ιατρούς, θα γίνονται «κομπίνες» από όσους λαμβάνουν τις σχετικές αποφάσεις. Επιπλέον, θεωρούν ότι θα υπηρετούνται πολιτικά και κομματικά συμφέροντα, που αφορούν τη διαχείριση του προϋπολογισμού του ΓεΣΥ.

Σύμφωνα με τις συνεντεύξεις των ιδιωτών ιατρών, με την εφαρμογή του προτεινόμενου ΓεΣΥ, δεν επηρεάζονται τα ωφέληματα των ιατρών του δημόσιου τομέα, αφού ακόμα και με την αυτονόμηση των δημοσίων νοσοκομείων, θα διατηρήσουν το δημοσιουπάλληλο τους καθεστώς. Παρόλα αυτά, για να είναι βιώσιμα τα δημόσια νοσοκομεία, μετά την αυτονόμηση τους, οι ιατροί του δημόσιου τομέα θα υποχρεωθούν να εργάζονται πιο εντατικά, ώστε να μπορούν να ανταγωνιστούν τον ιδιωτικό τομέα. Αντίθετα, όπως υποστηρίχτηκε, οι ιατροί του ιδιωτικού τομέα, με την ένταξη τους στο ΓεΣΥ, δε θα έχουν τίποτα να κερδίσουν, αλλά μόνο να χάσουν, διότι δε θα έχουν τα ίδια δικαιώματα με τους ιατρούς του δημόσιου τομέα. Δηλαδή, δε θα είναι έμμισθοι, δε θα τους παρέχεται ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, ούτε κοινωνικές ασφάλισεις και επιπλέον θα φορολογούνται. Επακόλουθο τούτων, θα είναι τόσο η μείωση των απολαβών των ιδιωτών ιατρών, όσο και η μη ποιοτική φροντίδα των ασθενών. Οι ιατροί του ιδιωτικού τομέα βρίσκονται μπροστά σε μια μεγάλη αβεβαιότητα, διότι δε γνωρίζουν, αν θα είναι σε θέση να διατηρήσουν τα ιδιωτικά τους ιατρεία με την εφαρμογή του ΓεΣΥ.

Έντονη ήταν η άποψη των ιδιωτών ιατρών, οι οποίοι ανέφεραν, ότι το ΓεΣΥ δεν είναι εφαρμόσιμο και δε θα υπηρετεί κανένα απολύτως συμφέρον τους. Επεσήμαναν ακόμη, ότι στο σχεδιασμό του δεν έχουν ληφθεί καθόλου υπόψη οι απόψεις των ιδιωτών ιατρών, γεγονός που φανερώνει την πλήρη «υποβάθμιση» του ιδιωτικού τομέα. Αντίθετα, εκφράστηκε η άποψη ότι το ΓεΣΥ εκπροσωπεί τα συμφέροντα των ιδιωτών ιατρών και ότι η εφαρμογή του θα είναι προς όφελος του ιατρικού κόσμου. Από ελάχιστους τονίστηκε, πως το ΓεΣΥ θα εφαρμοστεί για το καλώς νοούμενο συμφέρον των ασθενών και δεν υπηρετεί τα συμφέροντα, ή το όφελος κανενός τομέα.

Οι ιδιώτες ιατροί, πιστεύουν ότι ο ρόλος των ταμείων υγείας των διαφόρων οργανισμών και των ασφαλιστικών εταιρειών είναι ιδιαίτερα σημαντικός, γιατί, για δεκαετίες τα ταμεία αυτά αποτέλεσαν βασική και βιώσιμη υποδομή του υφιστάμενου συστήματος υγείας. Τα ταμεία αυτά, δίνουν στους ασθενείς την ευκαιρία επιλογής και διασφαλίζουν την προσβασιμότητα,

αλλά και την ποιοτική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Παρατηρούν ακόμη, ότι οι ασφαλιστικές εταιρείες δεν επιθυμούν την εφαρμογή του ΓεΣΥ, διότι αν όλοι οι πολίτες ασφαλιστούν σε έναν ενιαίο φορέα, αυτές θα μείνουν εκτός του ΓεΣΥ και έτσι πιέζουν για τη μη εφαρμογή του. Η γνώμη τους είναι, ότι οι ασφαλιστικές εταιρείες θα μπορούσαν να καλύπτουν το κόστος των ιατρικών πράξεων, που δεν θα καλύπτονται από το ΓεΣΥ. Όσον αφορά τα ταμεία της ΠΕΟ, ΣΕΚ ΑΗΚ και ΑΤΗΚ, θεωρούν ότι θα πρέπει να διατηρηθούν και να συμβάλλουν στο θεσμό της συν – πληρωμής από τους ασθενείς. Έχουν την άποψη ότι με την κατάργηση των ταμείων των διαφόρων οργανισμών, η εφαρμογή του ΓεΣΥ δε θα είναι προς όφελος των ασθενών, αλλά προς όφελος του κράτους, εφόσον τα κόστη υγείας θα τα επωμιστούν οι ασθενείς. Το ιδανικό γι' αυτούς θα είναι να χρησιμοποιούνται επικουρικά οι ασφάλειες και τα ταμεία αυτά.

Σε περίπτωση εφαρμογής του ΓεΣΥ, οι φαρμακευτικές εταιρείες και οι εταιρείες ιατρικού εξοπλισμού, πιστεύουν ότι θα επηρεαστούν αρνητικά. Σύμφωνα με τις πρόνοιες του ΓεΣΥ, θα δημιουργηθεί κατάλογος φαρμάκων με συγκεκριμένα σκευάσματα, στα οποία θα περιλαμβάνονται και γενόσημα φάρμακα, των οποίων το κόστος θα είναι χαμηλό και θα τα προμηθεύουν συγκεκριμένες εταιρείες. Επομένως, θα επηρεαστούν τα συμφέροντα φαρμακευτικών εταιρειών. Σε τέτοια περίπτωση είναι βέβαιο ότι θα υπάρχουν αντιδράσεις, που θα εμποδίζουν την εφαρμογή του ΓεΣΥ. Η άποψη τους είναι ότι δε θα επιλέγεται το καλύτερο φάρμακο, αλλά το φθηνότερο, όπως συμβαίνει σήμερα στα δημόσια νοσοκομεία. Αν υπάρχουν μόνο γενόσημα φάρμακα στην αγορά, αυτό θα αποβεί εις βάρος της υγείας των πολιτών. Για το λόγο αυτό είναι σημαντικό να δοθεί το δικαίωμα της συν- πληρωμής και στα φάρμακα, για να μπορεί να αγοράσει ο ασθενής το πρωτότυπο φάρμακο αν το επιθυμεί.

6.5 Τέταρτη Θεματική: ΓεΣΥ και ιδιώτες ιατροί

Οι ιδιώτες ιατροί, χαρακτηρίζουν ως κομβικό το ρόλο τους στη σωστή εφαρμογή ενός ΓεΣΥ, εφόσον η πλειονότητα των ιατρών στην Κύπρο είναι ιδιώτες και χωρίς τη συμμετοχή τους δε μπορεί να εφαρμοστεί. Το ΓεΣΥ επομένως δε θα μπορέσει να λειτουργήσει, εάν αποφασίσουν όλοι οι ιδιώτες ιατροί να μην ενταχθούν. Επισημαίνουν ακόμη ότι, τόσο η πολιτεία, όσο και ο ΟΑΥ, θα πρέπει να λάβουν σοβαρά υπόψη τις απόψεις και τα αιτήματα τους, ιδιαίτερα το θέμα της αμοιβής και των συνθηκών εργασίας τους. Θέτουν ακόμη ως βασική προϋπόθεση, την παραμονή του ιδιώτη ιατρού ως ελεύθερου επαγγελματία. Οι

ιδιώτες ιατροί, ζητούν την πλήρη ενημέρωσή τους για το σύστημα υγείας που τελικά θα εφαρμοστεί, ώστε να αποφασίσουν αν θα ενταχθούν, ή όχι σ' αυτό.

Η σημαντική πλειονότητα των βασικών πληροφορητών, δηλώνει κατά τρόπο απόλυτο, 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 η επαγγελματική τους καριέρα, την οποία κατέκτησαν με προσωπικό οικονομικό κόστος και πολύ μόχθο. Επιπλέον, επισημαίνουν ότι τα προβλήματα του ιδιωτικού τομέα υγείας, έχουν συσσωρευτεί, γιατί το Υπουργείο Υγείας, ήταν έως τώρα Υπουργείο μόνο για τους ιατρούς του δημόσιου τομέα και δεν μερίμνησε, όσο θα έπρεπε και για τους ιδιώτες ιατρούς. Κάποιοι ιδιώτες ιατροί ανέφεραν ότι το ΓεΣΥ πιθανόν να επιλύσει κάποια προβλήματα, που αφορούν την πρωτοβάθμια φροντίδα, διότι οι παθολόγοι και οι παιδίατροι, ενδεχομένως να έχουν καλύτερα εισοδήματα. Επίσης, θεωρούν ότι με την εφαρμογή του ΓεΣΥ, θα αυξηθεί η ροή των ασθενών προς τον ιδιωτικό τομέα, επομένως θα αυξηθεί ο κύκλος εργασιών για ορισμένους ιδιώτες ιατρούς που έχουν περιορισμένο αριθμό ασθενών.

Δίστανται οι απόψεις των πληροφορητών, κατά πόσο το ΓεΣΥ επηρεάζει την αυτονομία των ιδιωτών ιατρών, ή όχι. Οι περισσότεροι, υποστηρίζουν ότι με το προτεινόμενο ΓεΣΥ, η αυτονομία τους περιορίζεται αρκετά και πιθανόν να εκλείψει. Αν οι ιατροί δε θα λειτουργούν ως ιδιώτες και δε θα μπορούν να εφαρμόζουν την ιατρική, που εφαρμόζουν σήμερα, εφόσον θα αμείβονται ελάχιστα, τότε δε θα προσφέρουν ποιοτικές υπηρεσίες στους ασθενείς. Επιπλέον, θα υπάρχει έλεγχος και λογοδοσία για κάθε πράξη τους. Έτσι, θα καταλήξουν τελικά, να είναι υπάλληλοι. Η αντίθετη άποψη, που εκφράστηκε, είναι ότι δεν περιορίζεται καθόλου η αυτονομία των ιδιωτών ιατρών, αφού έχουν τη δυνατότητα να συμμετέχουν στο ΓεΣΥ, αλλά να παραμείνουν και ως ιδιώτες. Επιπλέον, ο κάθε ιατρός, έχει το δικαίωμα να επιλέξει, αν θα ενταχθεί, ή όχι στο ΓεΣΥ.

Με την εφαρμογή του προτεινόμενου ΓεΣΥ, οι περισσότεροι ιατροί του ιδιωτικού τομέα δηλώνουν κατηγορηματικά, ότι η θέση τους στον τομέα υγείας, θα είναι πολύ χειρότερη από τη σημερινή. Υποστηρίζουν ότι η παθογένεια του δημόσιου τομέα υγείας, με την εφαρμογή του προτεινόμενου σχεδίου, θα μεταφερθεί στον ιδιωτικό τομέα υγείας. Μάλιστα, ένας πληροφορητής, χαρακτήρισε το προτεινόμενο ΓεΣΥ ως «άθλιο» και ότι κάποιοι ιατροί σε περίπτωση εφαρμογής του, θα επιλέξουν να παραμείνουν εκτός του συστήματος αυτού και θα

λειτουργούν ως ιδιώτες. Αντιρρήσεις στις πιο πάνω απόψεις, εξέφρασαν οι συνδικαλιστές ιδιώτες ιατροί, που υποστήριζαν ότι η θέση τους με την εφαρμογή του ΓεΣΥ θα είναι καλύτερη. Η επιχειρηματολογία τους στηρίζεται στο ότι, θα έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν πιο ποιοτική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, ο ασθενής δε θα επιβαρύνεται οικονομικά και θα έχει εύκολη πρόσβαση στον ιατρό. Επίσης υποστηρίζουν ότι η ροή ασθενών προς τον ιδιωτικό τομέα θα αυξηθεί, εφόσον το κράτος σύμφωνα με το προτεινόμενο ΓεΣΥ, θα παρέχει ασφάλεια υγείας στους ασθενείς. Κάποιοι πληροφορητές πιστεύουν ότι αποκλείεται να εφαρμοστεί ΓεΣΥ, ή τουλάχιστον το προτεινόμενο ΓεΣΥ και ότι οι ιατροί και οι ασθενείς θα είναι σε καλύτερη θέση, εάν αυτό επανασχεδιαστεί και τεθεί σε πιο σωστή βάση.

6.6 Πέμπτη Θεματική: ΓεΣΥ και συνδικαλισμός

Διαχρονικά, όλοι οι σύλλογοι και οργανώσεις καταβάλλουν σοβαρές προσπάθειες για την εφαρμογή του ΓεΣΥ. Στις διαπραγματεύσεις, μετέχει ο Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος, που εκπροσωπεί τόσο τους ιδιώτες ιατρούς, όσο και τους ιατρούς του δημόσιου τομέα. Επίσης μετέχει η ΠΑΣΥΚΙ, που εκπροσωπεί τους κυβερνητικούς ιατρούς, καθώς και η ΕΝΙΚ που εκπροσωπεί τους ιδιώτες ιατρούς. Όπως υποστήριξε ένας βασικός πληροφορητής «ο Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος, οφείλει να συμμετέχει δραστικά στο σχεδιασμό του ΓεΣΥ και να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη λήψη αποφάσεων. Για το λόγο αυτό, ο ΠΙΣ διεξάγει επιστημονική μελέτη με στόχο να καταθέσει τις προτάσεις του στις διαπραγματεύσεις. Ο ιατρικός κόσμος, μέσω του ΠΙΣ και των επιστημονικών εταιρειών, πρέπει να αποτελεί μέρος του σχεδιασμού και όχι απλά να λαμβάνει μέρος στη διαπραγμάτευση». Μέχρι τις ως τώρα διαπραγματεύσεις, έχει διαφανεί ότι το προτεινόμενο ΓεΣΥ δεν είναι πλήρως αποδεκτό, ούτε από τον ΠΙΣ, ούτε από την ΕΝΙΚ. Οι βασικοί πληροφορητές, επικρίνουν τον ΠΙΣ γιατί αφενός, «ξέχασε» ότι υπάρχουν οι ιδιώτες ιατροί και αφετέρου δεν προσπάθησε να διαφυλάξει τα συμφέροντα τους, παρά το γεγονός ότι αποτελούν το 80% του συνόλου των ιατρών στην Κύπρο. Οι ιδιώτες ιατροί, υποστηρίζουν ότι ο ρόλος τους θεωρείται σημαντικός ή όχι, ανάλογα με τη σύνθεση του Συμβουλίου του ΠΙΣ. Επισημαίνουν ακόμη, ότι το παρόν Συμβούλιο, εκπροσωπεί σωστά τα συμφέροντα τους και ότι οι προτάσεις, που καταθέτει στο τραπέζι των διαπραγματεύσεων, όσον αφορά το σχεδιασμό του ΓεΣΥ, είναι προς τη σωστή κατεύθυνση. Το ίδιο πιστεύουν και για την ΕΝΙΚ, ότι δηλαδή καταθέτει εποικοδομητικές προτάσεις. Κρίνουν όμως, ότι, η ΕΝΙΚ δεν εισακούεται στο βαθμό που θα έπρεπε.

Όλοι οι βασικοί πληροφορητές ανέφεραν ότι τα θέματα, που πρέπει να απασχολήσουν τους συνδικαλιστές και το Υπουργείο Υγείας, όσον αφορά την εφαρμογή του ΓεΣΥ είναι οπωσδήποτε η σωστή και ολοκληρωμένη ενημέρωση των πολιτών, αλλά και των εμπλεκόμενων φορέων για το προτεινόμενο ΓεΣΥ. Επισημαίνουν επίσης, ότι, η οποιαδήποτε κυβέρνηση, θα πρέπει να εξετάσει σοβαρά τον προϋπολογισμό του ΓεΣΥ και την πιθανότητα αύξησης των αναγκαίων κονδυλίων. Παράλληλα, δεν πρέπει να παραλείψουν καθιόνδηποτε τρόπο την αξιοπρεπή αντιμετώπιση των κύριων παρόχων υγείας, που είναι οι ιατροί, καθορίζοντας το ρόλο τους και το εργασιακό τους καθεστώς, διασφαλίζοντας ταυτόχρονα αξιοπρεπείς συνθήκες εργασίας, μέσα στις οποίες ο ιατρός θα προσφέρει ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς. Άλλο ζήτημα, είναι η ακριβής κοστολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών από το δημόσιο τομέα, αλλά και η επιμέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών αυτών, τόσο στο δημόσιο, όσο και στον ιδιωτικό τομέα.

Αρκετοί ιατροί, δήλωσαν ότι επηρεάζεται η στάση των ιδιωτών ιατρών απέναντι στο ΓεΣΥ, από την κομματική τους τοποθέτηση. Όσοι ιατροί πιστεύουν στη φιλελεύθερη οικονομία, θεωρούν ότι στο σχεδιασμό του ΓεΣΥ, θα πρέπει να εμπεριέχεται ο θεσμός της συν – πληρωμής του κόστους από τους ασθενείς. Οι ιατροί που πρεσβεύουν την αριστερή ιδεολογία, θεωρούν ότι το ΓεΣΥ δεν πρέπει να εμπεριέχει το θεσμό της συν – πληρωμής, αλλά η αμοιβή όλων των ιατρών να είναι ίδια. Δήλωσαν ακόμη εμφαντικά ότι προηγούμενα Συμβούλια του ΠΙΣ, επηρεάζονταν από την κομματική τους τοποθέτηση και ότι υπηρετούσαν τις θέσεις του κόμματος τους και όχι τα συμφέροντα των ασθενών και των ιατρών. Άλλοι ιατροί του ιδιωτικού τομέα, υποστήριξαν ότι η θέση των ιατρών δεν επηρεάζεται καθόλου από την κομματική τους τοποθέτηση. Απόδειξη τούτου είναι ότι η ΕΝΙΚ, σήμερα δε λειτουργεί με βάση τα κομματικά κριτήρια, αλλά διαπραγματεύεται τα θετικά και αρνητικά του προτεινόμενου σχεδίου. Υπογραμμίζουν ακόμη, ότι όλα τα πολιτικά κόμματα είναι υπέρ της εφαρμογής του ΓεΣΥ.

6.7 Έκτη Θεματική: οι πρόνοιες του ΓεΣΥ

6.7.1 Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας και Υπουργείο Υγείας

Κατά την άποψη των πληροφορητών, ο ΟΑΥ θα διαδραματίσει ρόλο στη σωστή οργάνωση του συστήματος υγείας, ως ο βασικός παροχέας των υπηρεσιών υγείας. Η διαχείριση του

προϋπολογισμού, θα πρέπει να είναι ορθολογιστική και να χαρακτηρίζεται από διαφάνεια. Η αντίθετη άποψη των ιδιωτών ιατρών, υποστηρίζει ότι ο ΟΑΥ πρέπει να καταργηθεί άμεσα και να μην αφηθεί από μόνος του να διαχειρίζεται τις αμοιβές των ιατρών, την επιλογή των φαρμάκων και την αγορά ιατρικών μηχανημάτων. 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. Κάποιοι ιδιώτες ιατροί, ανέφεραν ότι πρέπει να υπάρχει αυτονόμηση του ΟΑΥ και να αναλάβει την όλη διαχείριση των θεμάτων υγείας, ενώ άλλοι θεωρούν ότι ο ρόλος του ΟΑΥ, θα πρέπει να περιοριστεί στη συλλογή της εισφοράς που θα καταβάλλει ο κάθε πολίτης, για την εξασφάλιση της ιατροφαρμακευτικής του περίθαλψης. Επικρίνουν ακόμη έντονα τα μέλη του ΟΑΥ, γιατί για πολλά χρόνια αμείβονται για να σχεδιάσουν το ΓεΣΥ, που ακόμη δεν εφαρμόστηκε.

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 ισχυρίζονται, ότι το Υπουργείο Υγείας, θα πρέπει να περιοριστεί μόνο στα θέματα που το αφορούν και να μην έχει ανάμειξη στο ΓεΣΥ. Όπως υποστήριξε ένας πληροφορητής, «το Υπουργείο Υγείας πρέπει να αλλάξει, γιατί συμπεριφέρεται ως ιδιοκτήτης των δημόσιων νοσοκομείων και αποτυγχάνει να εξυπηρετήσει τα συμφέροντα των ασθενών».

6.7.2 Πολυασφαλιστικό ή μονοασφαλιστικό σύστημα υγείας;

Οι περισσότεροι ιδιώτες ιατροί, 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 65^ο 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, ώστε να προάγεται ο υγιής ανταγωνισμός και κατά συνέπεια η ποιοτική φροντίδα υγείας.

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. Όσον αφορά το σφαιρικό προϋπολογισμό, που προτείνεται στο ΓεΣΥ, οι ιδιώτες ιατροί διαφωνούν, γιατί πιστεύουν ότι δε θα είναι βιώσιμο ένα σύστημα υγείας, που θα αμείβει τους ιατρούς μέσω του σφαιρικού προϋπολογισμού. Ένας από τους ιδιώτες ιατρούς δήλωσε χαρακτηριστικά ότι «όταν εφαρμοστεί σωστή μελέτη κοστολόγησης των ιατρικών πράξεων, τόσο στον ιδιωτικό, όσο και στο δημόσιο τομέα, τότε θα είμαστε σε θέση να ξέρουμε υπεύθυνα ποιος είναι ο σωστός μηχανισμός αμοιβής. Το σύστημα σίγουρα θα πρέπει να διασφαλίζει, όχι τον τρόπο, αλλά την αξιοπρεπή αμοιβή των ιατρών».

6.7.3 Οικογενειακός Ιατρός

Η γνώμη σχεδόν όλων των συνεντευξιαζόμενων ιδιωτών ιατρών για το θεσμό του οικογενειακού ιατρού, είναι πως δεν είναι αναγκαίος, γιατί 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. Επιπλέον, στην Κύπρο, δεν υπάρχουν γενικοί ιατροί με την απαιτούμενη κατάρτιση, ώστε να αναλάβουν το ρόλο του οικογενειακού ιατρού. Υποστηρίζουν ακόμη, ότι επειδή έως τώρα οι ασθενείς έχουν απευθείας πρόσβαση στον ειδικό ιατρό, θα είναι δύσκολο να αλλάξει η νοοτροπία τους. Επιπλέον 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 ορισμένους ιατρούς, απαραίτητος.

6.7.4 Αυτονόμηση Δημόσιων νοσοκομείων

Η πλήρης διοικητική και οικονομική αυτονόμηση των δημόσιων νοσοκομείων, κατά την άποψη των ιδιωτών ιατρών, είναι απαραίτητη και συνιστά προϋπόθεση για να εφαρμοστεί το ΓεΣΥ. Η αυτονόμηση θεωρείται τεράστιας σημασίας, διότι μόνο έτσι θα υπάρξει υγιής ανταγωνισμός μεταξύ των ιδιωτικών και των δημόσιων νοσοκομείων, εφόσον τα δημόσια νοσοκομεία θα εργάζονται εξίσου παραγωγικά με τα ιδιωτικά. Πιστεύουν ότι εάν εξακολουθήσουν να δίνονται κονδύλια στα δημόσια νοσοκομεία, δεν μπορεί να υπάρξει υγιής ανταγωνισμός, μεταξύ των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων. Εάν θα υπάρχουν νοσοκομεία δύο ταχυτήτων και δε θα λειτουργούν όλα επί ίσοις όροις, δε θα είναι εφαρμόσιμο το ΓεΣΥ.

6.8 Έβδομη Θεματική: βιωσιμότητα του συστήματος

Η πλειονότητα των ιδιωτών ιατρών, είναι πεπεισμένοι ότι δε θα υπάρξει κανένα πλεονέκτημα, στην περίπτωση εφαρμογής του ΓεΣΥ, ούτε για τον ασθενή, ούτε για τον ιατρό και ότι μάλιστα όπως προτείνεται αυτή τη στιγμή, χωρίς τις ενδεδειγμένες αλλαγές, θα είναι καταστροφικό. Αιτιολογούν την άποψη τους, λέγοντας ότι επειδή δεν υπάρχουν στατιστικά στοιχεία για την κοστολόγηση του ΓεΣΥ, δε διασφαλίζεται η βιωσιμότητα του και αυτό εγκυμονεί μεγάλους κινδύνους. 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 οι ιδιώτες ιατροί στο ΓεΣΥ, είναι η ισότιμη παροχή φροντίδας για όλους τους ασθενείς που σήμερα δεν υπάρχει, η ποιοτική ιατρική που θα παρέχεται και η καθιέρωση πρωτόκολλων ποιοτικού ελέγχου. 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 έξοδα της υγείας και αν εφαρμοστεί όπως έχει, σίγουρα θα καταρρεύσει. Επιπλέον, κρίνουν ότι το σύστημα θα είναι βραδυκίνητο, δυσλειτουργικό, λόγω των αρμοδιοτήτων που θα αναλάβουν οι γενικοί ιατροί. Διακρίνουν ακόμη ότι, ενώ θα επιβαρύνονται οικονομικά οι ασθενείς, δε θα έχουν την ποιοτική φροντίδα υγείας που τους υπόσχονται ότι θα έχουν. Ωστόσο, οι συνδικαλιστές ιατροί, υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει κανένα μειονέκτημα, στο προτεινόμενο ΓεΣΥ, έχει σχεδιαστεί σωστά και πρέπει να γίνει αντιληπτό από όλους, ότι επιτέλους πρέπει να εφαρμοστεί.

6.9 Όγδοη Θεματική: ΓεΣΥ και οι απόψεις των ιδιωτών ιατρών

Οι περισσότεροι από τους ιδιώτες ιατρούς, υποστηρίζουν ότι η εφαρμογή του ΓεΣΥ, δε θα μειώσει τα προβλήματα του υφιστάμενου συστήματος υγείας, αλλά αντίθετα θα τα πολλαπλασιάσει, αν δεν γίνουν οι απαιτούμενες αλλαγές και ότι ένα καλά σχεδιασμένο ΓεΣΥ, αποδεκτό από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς, θα αποτελέσει τη φυσική εξέλιξη του συστήματος. Συμπεραίνουν, ότι το προτεινόμενο ΓεΣΥ δε θα φέρει τις αναμενόμενες αλλαγές. Αντίθετα, κάποιοι ιδιώτες ιατροί, υποστηρίζουν πως το ΓεΣΥ θα μειώσει τα προβλήματα του υφιστάμενου συστήματος υγείας, γιατί θα γίνει καλύτερη κατανομή ασθενών και έτσι το σύστημα θα είναι αποτελεσματικότερο. Το ΓεΣΥ, θα αντιμετωπίσει προβλήματα που σχετίζονται με τις λίστες αναμονής και θα μειώσει την ταλαιπωρία των ασθενών, στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων. Ωστόσο, κάποιοι άλλοι, υποστήριξαν ότι δεν είναι απαραίτητη η εφαρμογή του ΓεΣΥ, για να επιλυθούν τα προβλήματα του υφιστάμενου συστήματος υγείας. Εκείνο που είναι απαραίτητο, είναι η αύξηση των απαιτούμενων κονδυλίων για την υγεία. Ταυτόχρονα, διαπιστώνουν ότι τα προβλήματα του υφιστάμενου συστήματος υγείας, προέκυψαν από την αλόγιστη σπατάλη των κρατικών νοσοκομείων, την κακοδιαχείριση τους και από τον ελλιπή έλεγχο από την διοίκηση τους.

Οι ιδιώτες ιατροί, εισηγούνται τις ακόλουθες αλλαγές για το προτεινόμενο ΓεΣΥ. Αρχικά, θεωρούν σημαντικό να δοθεί το δικαίωμα στους πολίτες να επιλέγουν οι ίδιοι τον τρόπο ασφάλισης τους, δηλαδή το σύστημα υγείας να είναι πολυασφαλιστικό. Επίσης, προτείνουν να εισαχθεί ο θεσμός της συν – πληρωμής. Ακόμη, θεωρούν σημαντικό, οι ασθενείς να έχουν ελεύθερη πρόσβαση στο νοσοκομείο και στον ιατρό της επιλογής τους. Η επιλογή του ειδικού ιατρού, πιστεύουν ότι δεν πρέπει να καθορίζεται από τον οικογενειακό ιατρό και ότι ο θεσμός

του οικογενειακού ιατρού, θα πρέπει να καταργηθεί. Η αμοιβή των ιατρών, πρέπει να καθορίζεται από τον ίδιο τον ιατρό και να μην συνδέεται με την αμοιβή του νοσοκομείου. Επιπλέον, προτείνουν να καταργηθεί η πρόνοια του ΓεΣΥ, που ορίζει τον αριθμό των ασθενών κατά ιατρό. Κατά τη γνώμη τους, χωρίς την αυτονόμηση των δημόσιων νοσοκομείων, δεν μπορεί να εφαρμοστεί το ΓεΣΥ. Πιστεύουν ακόμη, ότι η αυτονόμηση των δημόσιων νοσοκομείων πρέπει να γίνει ταυτόχρονα με την εφαρμογή του ΓεΣΥ. Τέλος, θεωρούν ανεπαρκή τον προτεινόμενο προϋπολογισμό του ΓεΣΥ, γιατί πιστεύουν ότι δε μπορεί να καλύψει τις ανάγκες υγείας των ασθενών.

Οι ιδιώτες ιατροί, αποδίδουν τη μη εφαρμογή του ΓεΣΥ, στην έλλειψη πολιτικής βούλησης και οράματος από μέρους των εκάστοτε κυβερνήσεων, από το 2001 - που ψηφίστηκε το νομοσχέδιο για την εφαρμογή του ΓεΣΥ - , έως σήμερα. Η μη εφαρμογή του ΓεΣΥ, οφείλεται επίσης κατά τη γνώμη τους στο λανθασμένο σχεδιασμό, που δεν έλαβε υπόψη τα δεδομένα της κυπριακής πραγματικότητας και στα αλληλοσυγκρουόμενα συμφέροντα. Επιπλέον, ο ιδιωτικός τομέας δε φαίνεται να είναι πρόθυμος να θυσιάσει τα οφέλη που έχει, για να συμμετέχει στο ΓεΣΥ, αλλά ούτε οι ιατροί του δημόσιου τομέα είναι έτοιμοι να κάνουν παραχωρήσεις. Ένας ακόμη λόγος, είναι ο ελλιπής προϋπολογισμός, καθώς επίσης και η νέα φορολόγηση των πολιτών, που απαιτείται για την εφαρμογή του. Αν και ξοδεύτηκαν πολλά χρήματα για να γίνουν οι απαιτούμενες επιστημονικές μελέτες και παρόλο που η Τρόικα αναμένει την εφαρμογή του από το 2013, το ΓεΣΥ δεν εφαρμόστηκε ακόμη και δεν προβλέπουν ότι θα εφαρμοστεί.

Οι απόψεις των ιδιωτών ιατρών, σχετικά με το κατά πόσον οι επιστημονικές μελέτες για το ΓεΣΥ είναι επαρκείς, δίστανται. Κάποιοι υποστηρίζουν τη θέση, ότι οι μελέτες που έχουν γίνει είναι επαρκείς, αλλά θεωρούν ότι θα πρέπει να προσαρμοστούν στα σύγχρονα δεδομένα. Άλλοι, υποστηρίζουν πως οι μελέτες είναι ανεπαρκείς, γιατί δε λήφθηκαν υπόψη οι απόψεις των ιατρών και των επαγγελματιών υγείας. Παράλληλα, επισημαίνουν ότι όσοι είχαν την ευθύνη της όλης διαδικασίας διεξαγωγής μελετών, δεν είχαν τις απαιτούμενες γνώσεις για τα θέματα υγείας και ότι οι μελέτες που έγιναν βασίστηκαν σε στοιχεία των συστημάτων άλλων χωρών.

Η μεγαλύτερη ομάδα των ιδιωτών ιατρών, υποστηρίζει κατηγορηματικά ότι το ΓεΣΥ, δεν είναι επαρκώς σχεδιασμένο, ούτε οικονομικά εφικτό. Όπως είναι σχεδιασμένο το ΓεΣΥ, με το ποσοστό συνεισφοράς των πολιτών, το κόστος δεν μπορεί να καλυφτεί πλήρως.

Προβλέπουν ακόμη, ότι αν δε διαχειριστούν σωστά το ταμείο, τις εισφορές και τα κονδύλια, το ΓεΣΥ θα οδηγηθεί σε αποτυχία. Η αντίθετη άποψη, υποστηρίζει ότι το ΓεΣΥ είναι επαρκώς σχεδιασμένο και οικονομικά εφικτό, γιατί ο σφαιρικός προϋπολογισμός είναι ισολογισμένος.

Η γνώμη των περισσότερων ιδιωτών ιατρών, είναι πως η σταδιακή εφαρμογή του ΓεΣΥ θα επίλυε τα τυχόν προβλήματα που θα εμφανίζονταν στην πορεία. Πιστεύουν ότι η εφαρμογή του ΓεΣΥ, προϋποθέτει όλες τις προαπαιτούμενες μεταρρυθμίσεις, που έχουν ήδη αναφερθεί, ώστε το νέο σύστημα να παρέχει ποιοτικά αναβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας για όλους. Ωστόσο, κάποιοι ιατροί δε συζητούν καν την εφαρμογή του προτεινόμενου ΓεΣΥ. Όπως δήλωσε ένας βασικός πληροφορητής «το προτεινόμενο σχέδιο, είτε σταδιακά εφαρμοστεί, είτε άμεσα εφαρμοστεί, χωρίς να προηγηθούν οι απαραίτητες μεταρρυθμίσεις, θα οδηγήσει με μαθηματική ακρίβεια στην καταστροφή όχι μόνο του τομέα της υγείας, αλλά ενδεχομένως και της οικονομίας του τόπου».

Κατά την άποψη των ιδιωτών ιατρών, το προτεινόμενο ΓεΣΥ θα είναι πολύ χειρότερο από το υφιστάμενο σύστημα υγείας για τους ασθενείς, διότι θα επιβαρυνθούν οικονομικά, χωρίς να απολαμβάνουν καλύτερες υπηρεσίες από τις έως τώρα προσφερόμενες. Υποστηρίζουν ότι το παρόν σύστημα θα αποδειχτεί καλύτερο από το προτεινόμενο ΓεΣΥ. Η αντίθετη άποψη υποστηρίζει ότι το ΓεΣΥ, αν λειτουργήσει, όπως έχει σχεδιαστεί, θα είναι καλύτερο από το υφιστάμενο σύστημα υγείας για τους ασθενείς. Πιστεύουν ακόμη ότι, αν εφαρμοστεί το προτεινόμενο ΓεΣΥ, οι οικονομικά ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού θα απολαμβάνουν πιο ποιοτική ιατρική φροντίδα.

Οι ιδιώτες ιατροί θεωρούν πως το ΓεΣΥ δεν μπορεί να εισαχθεί επιτυχώς στον τομέα της υγείας. Μέχρι πρότινος, είχαν την αίσθηση ότι πιθανόν να εφαρμοστεί, ενώ τώρα έχουν τη βεβαιότητα ότι το ΓεΣΥ δε θα εφαρμοστεί, λόγω των αλληλοσυγκρουόμενων συμφερόντων και της παράκαμψης των ιδιωτών ιατρών στον όλο σχεδιασμό του ΓεΣΥ. Υπάρχουν όμως και ιδιώτες ιατροί που πιστεύουν ότι είναι δυνατόν να εισαχθεί επιτυχώς το ΓεΣΥ στον τομέα της υγείας, εάν υπάρχει πολιτική βούληση από μέρους των κυβερνώντων και καλή θέληση από μέρους των εμπλεκόμενων φορέων.

Όπως χαρακτηριστικά λέχθηκε από ένα πληροφορητή «για να κερδίσεις μια μάχη, πρέπει ο στρατός να πιστεύει στον πόλεμο που διεξάγει. Αυτή τη στιγμή, όσο αφορά το ΓεΣΥ, δεν

υπάρχει στρατός να πολεμήσει. Καλύτερα να μην εφαρμοστεί το ΓεΣΥ, γιατί θα ακολουθήσει αυτόματα η ήττα». Υπογραμμίζουν ακόμη, ότι το προτεινόμενο ΓεΣΥ, δεν εφαρμόστηκε όχι εξαιτίας των ιατρών, διότι όπως υποστήριξαν, οι ιατροί ουδέποτε είχαν κληθεί από το 2001 μέχρι σήμερα, να συμμετέχουν σε οποιαδήποτε μελέτη ή σχεδιασμό. Ένας ιδιώτης ιατρός ανέφερε χαρακτηριστικά ότι «κάποιοι που διαχειρίζονται εκατομμύρια δημοσίου χρήματος, μπλοκάρουν την εφαρμογή του ΓεΣΥ. Μπλοκάρουν δηλαδή, τον εκάστοτε Υπουργό Υγείας, γι' αυτό όταν αποχωρεί δηλώνει ότι δεν του επέτρεψαν να το εφαρμόσει».

Οι περισσότεροι ιδιώτες ιατροί που έλαβαν μέρος στη συνέντευξη, δεν υποστηρίζουν την εφαρμογή του προτεινόμενου ΓεΣΥ, διότι ο σφαιρικός προϋπολογισμός του είναι περιορισμένος και δεν ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του συστήματος υγείας, το οποίο δεν είναι λειτουργικό, ούτε βιώσιμο, χωρίς τις απαιτούμενες μεταρρυθμίσεις. Κάποιοι επεσήμαναν ότι σε περίπτωση εφαρμογής του προτεινόμενου ΓεΣΥ, δε θα μετέχουν στο σύστημα αυτό. Ένας από τους ιδιώτες ιατρούς που υποστηρίζει την εφαρμογή του ΓεΣΥ, δήλωσε «σαφέστατα υποστηρίζω την εφαρμογή του ΓεΣΥ, νοούμενου ότι θα γίνουν οι ενδεικνύμενες μεταρρυθμίσεις, σύμφωνα με τη φιλοσοφία του, ώστε να μπορεί να εφαρμοστεί με επιτυχία». Ωστόσο, μερικοί ιδιώτες ιατροί, υποστηρίζουν την εφαρμογή ενός ΓεΣΥ ποιοτικού και οικονομικά βιώσιμου, που θα επιφέρει οπωσδήποτε αναβάθμιση του επιπέδου υγείας των ασθενών, αλλά όχι το προτεινόμενο, το οποίο δε θεωρούν ούτε ποιοτικό, ούτε οικονομικά βιώσιμο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η πλειονότητα των ιδιωτών ιατρών, πιστεύει 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. Οι απόψεις αυτές επιβεβαιώνονται από τη θέση της ENIK, που υπογραμμίζει, ότι το υφιστάμενο σύστημα υγείας εμφανίζει σημαντικά προβλήματα, με βασικότερο την υπερφόρτωση των δημόσιων νοσοκομείων με αριθμό ασθενών, που ξεπερνούν τις δυνατότητες τους. Τα βασικά προβλήματα που έχουν εντοπίσει, τόσο οι ιδιώτες ιατροί, όσο και η ENIK, είναι η άниση μεταχείριση των ασθενών, ο αθέμιτος ανταγωνισμός ανάμεσα στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα υγείας, ο λανθασμένος τρόπος λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων με τις μεγάλες λίστες αναμονής, η κακή οργάνωση, οι ελλείψεις κλινών και η ακατάλληλη αντιμετώπιση 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 ιδιώτες ιατροί, που θεωρούν το υφιστάμενο σύστημα υγείας πολύ καλύτερο από αντίστοιχα συστήματα υγείας άλλων χωρών και ότι εκείνο που χρειάζεται είναι απλά αναβάθμιση. Η άποψη αυτή, ενισχύεται από την άποψη του Δρ. Πέτρου Αγαθαγγέλου Προέδρου του ΠΙΣ, ότι η Κύπρος στον τομέα των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών, συγκρίνεται άνετα με άλλες χώρες.

Είναι φανερό ότι οι απόψεις των ιδιωτών ιατρών, συγκλίνουν όσον αφορά την αναγκαιότητα εφαρμογής ΓεΣΥ στην Κύπρο, που θα είναι βιώσιμο, ποιοτικό, σύμφωνα με τα δεδομένα της κυπριακής πραγματικότητας και θα επιλύσει τα προβλήματα του υφιστάμενου συστήματος υγείας. Ο πρόεδρος του ΠΙΣ, υποστηρίζει ακριβώς τις ίδιες θέσεις με τους ιδιώτες ιατρούς, επισημαίνοντας και αυτός την αναγκαιότητα εφαρμογής βιώσιμου και λειτουργικού ΓεΣΥ, που να συνάδει με την κυπριακή πραγματικότητα και κουλτούρα.

Όσον αφορά το προτεινόμενο ΓεΣΥ, θεωρούν ότι δεν πρέπει να είναι κατ' ανάγκη το συγκεκριμένο που έχει προταθεί και ούτε θα πρέπει να ακολουθηθεί οποιοδήποτε πρότυπο συστήματος υγείας, που εφαρμόζεται σε άλλη Ευρωπαϊκή χώρα. Κάποιοι, δε θεωρούν αναγκαία την εφαρμογή ΓεΣΥ στην Κύπρο. Επισημαίνουν ότι εφόσον το νομοσχέδιο του

2001, που αποτελεί τη βάση του όλου σχεδιασμού του ΓεΣΥ, είναι αναχρονιστικό και δεν ανταποκρίνεται στα σύγχρονα δεδομένα, χρήζει επανασχεδιασμού.

Η οικονομική κρίση, κατά την άποψη των ιδιωτών ιατρών, κατέστησε απόλυτα αναγκαία την εφαρμογή του ΓεΣΥ, λόγω της συρροής ασθενών προς τα δημόσια νοσοκομεία, η οποία προκάλεσε την παροχή ανεπαρκούς ποιοτικής φροντίδας. Η ΕΝΙΚ, υποστηρίζει ότι, αν δεν υπήρχε η οικονομική κρίση και το μνημόνιο, δύσκολα θα έβγαινε από τα συρτάρια του Υπουργείου Υγείας το ΓεΣΥ. Απόδειξη τούτου, αποτελεί το γεγονός ότι δεν έγινε καμία αποτελεσματική ενέργεια έως τώρα, που να οδηγεί στην εφαρμογή του ΓεΣΥ. Προϋπόθεση για την εφαρμογή ενός νέου συστήματος υγείας, θεωρείται η κοστολόγηση του υφιστάμενου συστήματος υγείας. Όλες οι απόψεις, συγκλίνουν στο ότι το ΓεΣΥ, θα πρέπει να υπηρετεί τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, να αξιοποιεί 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.

Η εφαρμογή του ΓεΣΥ, κατά τη γνώμη των ιδιωτών ιατρών, θα είναι προς όφελος, τόσο των ασθενών, όσο και των ιατρών, με την προϋπόθεση ότι θα ληφθούν υπόψη κατά το σχεδιασμό του, οι συνθήκες εργασίας και η αμοιβή των ιατρών, ώστε η παρεχόμενη φροντίδα να είναι ποιοτική. Αντίθετα, κάποιοι θεωρούν ότι η εφαρμογή του ΓεΣΥ δε θα είναι προς όφελος των ασθενών, εφόσον επιφέρει υποβάθμιση της προσφερόμενης ποιοτικής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Προβλέπουν την κατάρρευση του νέου οικοδομήματος, που λέγεται ΓεΣΥ, εάν και εφόσον οι κύριοι λειτουργοί της υγείας δε θα είναι ικανοποιημένοι από τις πρόνοιες του, που τους αφορούν άμεσα.

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 των μεγαλογιατρών του ιδιωτικού τομέα, των οποίων οι απολαβές θα μειωθούν. Σύμφωνα με τα παραπάνω, είναι και η άποψη του νυν Υπουργού Υγείας, ότι η εισαγωγή οποιουδήποτε ΓεΣΥ, θα προκαλέσει τριγμούς, γιατί οι υψηλόβαθμοι στο σύστημα υγείας, θεωρούν ότι οποιαδήποτε αναδιανομή, θίγει τα συμφέροντα τους. 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 ιδιωτών ιατρών.

Εισηγούνται, ότι το επιπλέον κόστος, που θα επωμίζονται οι ασθενείς με την εφαρμογή του ΓεΣΥ, θα πρέπει να καλύπτεται από τις ασφαλιστικές εταιρείες.

Ο ρόλος των ιδιωτών ιατρών, θεωρείται κομβικός, εφόσον αποτελούν την πλειονότητα ανάμεσα στους ιατρούς της Κύπρου και επομένως θα ήταν αδύνατο να λειτουργήσει το ΓεΣΥ, εάν αυτοί αποφασίσουν να μην ενταχθούν στο σύστημα. Ως εκ τούτου, η πολιτεία και ο ΟΑΥ, οφείλουν να λάβουν σοβαρά υπόψη, τόσο τις απόψεις, όσο και τα αιτήματα τους, με πρώτιστο το ζήτημα της αμοιβής και των συνθηκών εργασίας τους. Με την πιο πάνω άποψη, συμφωνεί και ο ΠΙΣ, ο οποίος επισημαίνει ότι κρίνεται αναγκαίο να διασφαλιστεί η αξιοπρέπεια του ιατρικού κόσμου, μέσα σε σωστές εργασιακές συνθήκες και ανάλογες αμοιβές.

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

Δε θεωρείται καθόλου αναγκαίος ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού, 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 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, Γιώργος Παμπορίδης. 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. Ο νυν Υπουργός Υγείας, τονίζει επίσης ότι η ολοκλήρωση της αυτονομίας θα οδηγήσει στην εισαγωγή του ΓεΣΥ, εφόσον κατά τη γνώμη του ΓεΣΥ και αυτονομία είναι οι δύο όψεις του ίδιου νομίσματος, δηλαδή της μεταρρύθμισης του τομέα της υγείας στην Κύπρο.

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, αλλά αναγκαία είναι, η αύξηση των απαιτούμενων 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 ΕΝΙΚ, 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, αποδίδεται στην έλλειψη πολιτικής βούλησης και οράματος των εκάστοτε κυβερνήσεων και στον ελλιπή σχεδιασμό του, που δεν έλαβε υπόψη τα δεδομένα της κυπριακής πραγματικότητας και τα αλληλοσυγκρουόμενα συμφέροντα, που αφορούν τόσο τους ιατρούς του ιδιωτικού, όσο και του δημόσιου τομέα. Ο νυν Υπουργός Υγείας, Γιώργος Παμπορίδης, χαρακτηρίζοντας την κατάσταση στον τομέα της υγείας ως οριακή, απέδωσε τη μη λύση των σοβαρών προβλημάτων του τομέα της υγείας, στις ως τώρα πολιτικές ηγεσίες, απόψεις που ταυτίζονται με τις πιο πάνω θέσεις των ιδιωτών ιατρών.

Δίστανται οι απόψεις των ιδιωτών ιατρών, όσον αφορά την επάρκεια των επιστημονικών μελετών που έγιναν για το ΓεΣΥ. Όσοι θεωρούν ότι είναι επαρκείς, πιστεύουν ότι πρέπει να προσαρμοστούν στα σύγχρονα δεδομένα. Όσοι θεωρούν τις μελέτες ανεπαρκείς, πιστεύουν τα δεδομένα τους βασίστηκαν σε στοιχεία των συστημάτων άλλων χωρών και δε λήφθηκαν υπόψη οι απόψεις των ιατρών. Καμιά από τις μελέτες όμως, δεν αποδεικνύει ότι το προτεινόμενο ΓεΣΥ, είναι οικονομικά εφικτό και επισημαίνεται για άλλη μια φορά ότι δεν είναι επαρκώς σχεδιασμένο. Τις θέσεις αυτές, υποστηρίζει και ο ΠΙΣ, τονίζοντας ότι θα πρέπει το ΓεΣΥ να βασιστεί στα κυπριακά δεδομένα, για να διασφαλιστεί η ποιοτική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Υποστηρίζει ακόμη, ότι οι υφιστάμενοι σχεδιασμοί, δε βασίζονται σε πραγματικά δεδομένα, αλλά σε μελέτες υποθέσεων. Λόγω της απουσίας πραγματικής στατιστικής μελέτης για το κόστος του ΓεΣΥ, σύμφωνα με τον ΠΙΣ, 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 ΠΙΣ, ενισχύει την άποψη αυτή, υποστηρίζοντας ότι εάν υπάρχει πολιτική βούληση και διάθεση από όλα τα εμπλεκόμενα μέρη, είναι δυνατόν να τροχιοδρομηθούν οι απαραίτητες μεταρρυθμίσεις, ώστε να αρχίσει η σταδιακή εφαρμογή του ΓεΣΥ

Οι περισσότεροι ιδιώτες ιατροί, δεν υποστηρίζουν την εφαρμογή του προτεινόμενου ΓεΣΥ. Σε περίπτωση όμως εφαρμογής του, κάποιοι ιδιώτες ιατροί δε θα μετέχουν στο σύστημα αυτό. Κάποιοι άλλοι, υποστηρίζουν την εφαρμογή ενός ΓεΣΥ ποιοτικού και οικονομικά βιώσιμου, που οπωσδήποτε θα επιφέρει αναβάθμιση του επιπέδου υγείας, αλλά όχι του προτεινόμενου, το οποίο δε θεωρούν ούτε ποιοτικό, ούτε οικονομικά βιώσιμο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το ΓεΣΥ αποτελεί, τη σημαντικότερη ίσως μελλοντική μεταρρύθμιση στον τομέα υγείας στην Κύπρο. Στην παρούσα εργασία, εξετάστηκαν οι θέσεις και απόψεις των ιδιωτών ιατρών, για την εφαρμογή του ΓεΣΥ. Οι ιδιώτες ιατροί, αποτελούν την πλειονότητα του συνόλου των ιατρών στην Κύπρο και ως εκ τούτου ο ρόλος τους θεωρείται κομβικός για την εφαρμογή του ΓεΣΥ. Γι' αυτό κρίθηκε αναγκαίο να διερευνηθεί η θέση τους, αρνητική ή θετική για την εφαρμογή του ΓεΣΥ.

Στη διατριβή αυτή, έγινε αρχικά μια ιστορική αναδρομή της παροχής υπηρεσιών υγείας από την αρχαιότητα, μέχρι και την ανεξαρτησία της Κύπρου. Ακολούθως, παρουσιάστηκε η οργάνωση, διοίκηση και χρηματοδότηση του υφιστάμενου συστήματος υγείας, οι υποδομές και η παροχή υπηρεσιών του. Στη συνέχεια, εξετάστηκε η διαδρομή που ακολούθησε διαχρονικά το ΓεΣΥ, από τις πρώτες μελέτες που έγιναν, μέχρι σήμερα. Αναλύονται οι βασικές αρχές που διέπουν το ΓεΣΥ, τα σχετικά νομοσχέδια και οι τροποποιητικοί νόμοι και κανονισμοί, καθώς και οι θέσεις των πολιτικών κομμάτων για την εφαρμογή του ΓεΣΥ στην Κύπρο. Παράλληλα, εξετάστηκε ο τρόπος λειτουργίας της ιδιωτικής ιατρικής στην Κύπρο και τέθηκαν οι θέσεις της Ένωσης Ιδιωτών Ιατρών Κύπρου σχετικά με την εφαρμογή του ΓεΣΥ.

Η Κύπρος, είναι η μόνη Ευρωπαϊκή χώρα, η οποία δεν έχει εθνικό σχέδιο υγείας. Το υφιστάμενο σύστημα υγείας της Κύπρου, αποτελεί ένα πλέγμα προσφοράς υπηρεσιών, τόσο από το δημόσιο, όσο και από τον ιδιωτικό τομέα. Ανάμεσα στους δύο αυτούς τομείς υπηρεσιών, διακρίνεται έλλειψη συντονισμού που οδηγεί σε σπατάλες πόρων και διπλές αχρείαστες υποδομές, όπως επίσης και έλλειψη οργανωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Παρά την πλήρη κάλυψη υπηρεσιών για τους δικαιούχους του δημόσιου τομέα υπηρεσιών υγείας, ξοδεύονται πολύ μεγάλα ποσά από τους πολίτες στον ιδιωτικό τομέα. 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. Σημαντικό χαρακτηριστικό 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. 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 (Theodorou et al., 2012).

Το ΓεΣΥ, συζητείται εδώ και δεκαετίες, αφού η ανάγκη για εφαρμογή του, χρονολογείται περίπου μετά την ανεξαρτησία της Κύπρου. 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. Η μόνη πρόνοια του ΓεΣΥ που έχει εφαρμοστεί, είναι η δημιουργία του ΟΑΥ, ο οποίος έχει οριστεί ως το υπεύθυνο σώμα για την υλοποίηση του νέου συστήματος υγείας. Μετά το 2013, παρατηρείται μια έντονη κινητικότητα για την υλοποίηση του ΓεΣΥ, λόγω του ότι αποτελεί μνημονιακή υποχρέωση (Αναστασιάδης, 2016).

Ο ρόλος των ιδιωτών ιατρών, είναι κομβικός, αφού αποτελούν την πλειοψηφία του συνόλου των ιατρών της Κύπρου. Χωρίς τη συμβολή τους, είναι αδύνατη η εφαρμογή ΓεΣΥ. Η παρούσα εργασία, έχει ως στόχο να φέρει στην επιφάνεια, το ρόλο, τις θέσεις και απόψεις των ιδιωτών ιατρών, όσον αφορά την εφαρμογή του ΓεΣΥ στην Κύπρο. Επιπλέον, διαφαίνονται μέσα από την παρούσα εργασία, οι προβληματισμοί, οι εισηγήσεις και προτάσεις τους για το προτεινόμενο ΓεΣΥ, καθώς και οι αλλαγές που κρίνουν ως αναγκαίες να γίνουν στον όλο σχεδιασμό του ΓεΣΥ.

Στη διατριβή αυτή, χρησιμοποιήθηκαν δύο κύριες πηγές δεδομένων, οι γραπτές πηγές και οι ημιδομημένες συνεντεύξεις. Διενεργήθηκαν δεκαέξι ημιδομημένες συνεντεύξεις, σε ιδιώτες ιατρούς, μέσω ενός ερωματολογίου που περιελάμβανε τριάντα έξι ερωτήσεις ανοικτού τύπου. Μέσω των δεκαέξι συνεντεύξεων, έχουν εξαχθεί σημαντικά συμπεράσματα όσον αφορά τις θέσεις και απόψεις των ιδιωτών ιατρών, για την εφαρμογή του ΓεΣΥ στην Κύπρο. Από τους δεκαέξι πληροφορητές, οι τρεις τάσσονται υπέρ της εφαρμογής του προτεινόμενου ΓεΣΥ. Οι δέκα, τάσσονται εναντίον της εφαρμογής του προτεινόμενου ΓεΣΥ και τρεις επιθυμούν την εφαρμογή του προτεινόμενου ΓεΣΥ, με την προϋπόθεση ότι θα γίνουν απαραίτητες τροποποιήσεις.

Από τις συνεντεύξεις των ιδιωτών ιατρών, διαφάνηκε ότι το υφιστάμενο σύστημα υγείας, έχει πολλά προβλήματα και χρήζει μεταρρύθμισης. Η πλειονότητα των ιδιωτών ιατρών, κρίνει αναγκαία την εφαρμογή ενός ΓεΣΥ, αλλά αντιτίθεται στην εφαρμογή του προτεινόμενου. Κρίνουν το προτεινόμενο ΓεΣΥ, ως κακώς σχεδιασμένο και ότι δεν ανταποκρίνεται στην κυπριακή πραγματικότητα. Θεωρούν ακόμη, ότι δεν είναι λειτουργικό, ούτε και βιώσιμο. Οι ιδιώτες ιατροί, έθεσαν ως βασικές προϋποθέσεις για την εφαρμογή του ΓεΣΥ την αυτονόμηση των δημόσιων νοσοκομείων και την ελεύθερη πρόσβαση του ασθενή στον ιατρό και στο νοσοκομείο της επιλογής του. Η επιλογή του ειδικού ιατρού, πιστεύουν ότι δεν πρέπει να καθορίζεται από τον οικογενειακό ιατρό και ότι ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού, θα πρέπει να καταργηθεί. Επίσης, απαιτούν να δοθεί το δικαίωμα στους πολίτες να επιλέγουν οι ίδιοι τον τρόπο ασφάλισης τους, δηλαδή το σύστημα υγείας να είναι πολυασφαλιστικό, με παράλληλη εισαγωγή του θεσμού της συν – πληρωμής. Η αμοιβή των ιατρών πρέπει να καθορίζεται από τον ίδιο τον ιατρό και να μην συνδέεται με την αμοιβή του νοσοκομείου.

Η εξαγωγή των αποτελεσμάτων των συνεντεύξεων, μπορεί να αξιοποιηθεί για περαιτέρω έρευνα όσον αφορά την εφαρμογή ενός ΓεΣΥ στην Κύπρο. Οι θέσεις, οι απόψεις και οι προτάσεις των ιδιωτών ιατρών, όπως φαίνονται στα αποτελέσματα των συνεντεύξεων, μπορούν να συμβάλουν στην περαιτέρω έρευνα για το σχεδιασμό ενός ΓεΣΥ, που θα βρίσκει σύμφωνο ολόκληρο τον ιατρικό κόσμο.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αναστασιάδης Κ. Λάκης (2016), «Κυπρίων Ιατρών Έργα, η ιατρική στην Κύπρο 1950 – 2015», Εκδόσεις Εν Τύποις, Λευκωσία
2. Βικιπαίδεια, (2015) [web site]
https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9A%CF%85%CF%80%CF%81%CE%B9%CE%B1%CE%BA%CE%AE_%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7_2012-2013
accessed June 2015.
3. Γραφείο Τύπου και Πληροφοριών, (2003), *Περί Κύπρου*, Κυπριακή Δημοκρατία, Εκδόσεις Γραφείου Τύπου και Πληροφοριών.
4. 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
5. Δούκα Μ. (2010), Επαγγελματισμός και Ιατρικό Επάγγελμα, *Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη*, 2010 5 (2), 95-111
6. ENIK, (2014) <http://cyenik.org/2014/>
7. 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
8. Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., (2001), *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
9. Ιατρικός Κόσμος, (2015), Συνέντευξη του Υπουργού Υγείας κ. Γιώργου Παμπορίδη με θέμα: “Προσωπικό στοίχημα η εφαρμογή του ΓεΣΥ, ακρογωνιαίος λίθος η αυτονόμηση των δημόσιων νοσηλευτηρίων», Αρ. Φύλλου: 20, Έτος: 4^ο, σελ. 8-10
10. Ιατρικός Τύπος (2015α), Αποτίμηση, κριτική και θέσεις των κομμάτων για τα ανοικτά θέματα στον τομέα της υγείας, Αρ. Φύλλου 02, Έτος:1^ο, σελ. 14-19
11. Ιατρικός Τύπος (2015β), «Όλοι μαζί ξανά σ’ ένα φόρουμ υγείας, Αποκλειστική συνέντευξη του Δρ. Πέτρου Αγαθαγγέλου, Προέδρου του ΠΙΣ, Αρ. Φύλλου:01, Έτος:1^ο, σελ.6-9
12. Ιατρικός Τύπος (2015γ), «Εκτός θέματος, όσοι θεωρούν ότι μπορεί να εφαρμοστεί ΓεΣΥ χωρίς αυτονόμηση των δημόσιων νοσηλευτηρίων, ENIK, Αρ. Φύλλου:01, Έτος:2^ο, σελ 14

13. Ιωάννου, Ν. (2010) *Ιστορική αναδρομή των προταθέντων σχεδίων υγείας για την Κύπρο. Health Journal, 2010;4:32-42*
14. 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/>
15. 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
16. Κυπριακή Κυβέρνηση, Σημείωμα Αρχών για την Εισαγωγή Γενικού Σχεδίου Παροχής Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης στην Κύπρο, στο: Consultancy Team, Review of National Health Insurance Principles. Second Report of the Study for the National Health Insurance Scheme, December 1991.
17. 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
18. Μάτσης, Σ. (2008). *Μελέτη για την Ιατροφαρμακευτική Περίθαλψη στην Κύπρο και το Γενικό Σχέδιο Υγείας*, Μελέτη, Δεκέμβριος, Λευκωσία.
19. 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
20. Μνημόνιο, (2013), «Memorandum of Understanding μεταξύ Τρόικας και Κύπρου», Δαπάνες στον τομέα της Υγείας.
21. Νικολέντζος, Α. (2008). *Η επιρροή των ιατρών στο ελληνικό εθνικό σύστημα υγείας: 1983-2001*. Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Λονδίνου, Λονδίνο.
22. (Ν.89(Ι)/2001), «Ο περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμος του 2001»
23. (Ν.134(Ι)/2002), «Ο περί Γενικού Συστήματος Υγείας (Τροποποιητικός) Νόμος του 2002»
24. (Ν.101(Ι)/2004), «Ο περί Γενικού Συστήματος Υγείας (Τροποποιητικός) Νόμος του 2004»
25. (Ν.62(Ι)/2005), «Ο περί Γενικού Συστήματος Υγείας (Τροποποιητικός) Νόμος του 2005»

26. Νομοσχέδιο «Νόμος που τροποποιεί τους περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμους του 2001 μέχρι 2005», (2007)
27. Νομοσχέδιο «Ο περί ίδρυσης Οργανισμών Γενικών Νοσοκομείων Νόμος του 2015»
28. Ομάδα Συμβούλων, Προτάσεις για Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας, Τελική Έκθεση της Μελέτης για το Εθνικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας, Σεπτέμβριος, 1992, Μετάφραση: Α. Πολυνείκης.
29. Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, (2012). *Πρόταση για την εφαρμογή του ΓΕΣΥ*. Παρουσίαση, Λευκωσία
30. Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος, (2014α) [web site]
<http://www.cyma.org.cy/el/news/2014-12-05synandisi-me-dhsi>
31. Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος, (2014β) [web site]
<http://www.cyma.org.cy/el/news/2014-12-17-synandisi-me-akel>
32. Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος, (2014γ) [web site]
<http://www.cyma.org.cy/el/news/2014-1202-synandisi-me-edek>
33. Παγκύπριος Σύνδεσμος Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων, 2016)
34. Παυλάκης, Α. και Ζαχαριάδου, Θ. (2011), *Φροντίδα υγείας στην Κύπρο*, Λευκωσία: Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
35. Σαρρής, Μ. (2001), *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση, σελ. 123-127
36. 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
37. Υπουργείο Οικονομικών (2016), <http://www.mof.gov.cy/> Υπουργείο Οικονομικών Κυπριακής Δημοκρατίας
38. 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.
39. 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.
40. Υπουργείο Υγείας, (2014), Νομοσχέδιο Γεσυ1, Επίσημη Ιστοσελίδα, Λευκωσία
http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/page34_gr/page34_gr?OpenDocument
41. Υπουργείο Υγείας (2015) [web site]
http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/index_gr/index_gr?OpenDocument

42. 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.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Alford, R. R. (1975). *Health Care Politics: Ideological and Interest Group Barriers to Reform*. Chicago, University of Chicago.
2. Antoniadou, M. Can Cyprus overcome its health care challenges? *Lancet* 2005, 365:1017-1020
3. Clucas KH (1952). Proposals for the introduction of a social security scheme in Cyprus. British Middle East Office, Cairo, 21 February 1952.
4. Cyprus Medical Association, 2015
5. Eckstein, H. (1960). *Pressure Group Politics: The case of the British Medical Association*. London, George Allen and Unwin.
6. Foucault, M. (1973). *The Birth of the Clinic: An Archeology of Medical Perception*. London, Tavistock.
7. Freidson, E. (1993). *How Dominant are the Professions?* New York, Oxford University Press.
8. Freidson, E. (1994). *Professionalism Reborn: Theory, Prophecy, and Policy*. London, Polity Press.
9. 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.
10. Hafferty, F. W. and J. B. McKinlay, Eds. (1993). *The Changing Medical Profession: An International Perspective*. New York, Oxford University Press.
11. Ham, C. (1999). *Health Policy in Britain: The Politics and the Organisation of the NHS*. London, Macmillan Press.
12. Larson, M. S. (1977). *The rise of professionalism: A sociological analysis*. Berkeley and Los Angeles, University of California Press.
13. McKinlay, J. B. and J. Arches (1985). "Towards the Proletarianization of Physicians." *Int J Health Services* 15: 161 - 195.
14. Navarro, V. (1976). *Medicine under Capitalism*. New York, Prodist
15. Parsons, T. (1991). *The Social System* (New Ed./with a new preface by Bryan S. Turner). London, Routledge.
16. Statistical Service (2012a). [web site]
(http://www.mof.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/index_en/index_en
accessed 20 February 2015.

17. 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.

18. Statistical Service (2012c) [web site]

<http://www.mof.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/All/2EC9E22D18448B07C2257DB70038F5A3?OpenDocument&sub=3&sel=1&e=&print>

accessed 25 March 2015

19. Statistical Service (2013). [web site]

[http://www.mof.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/All/70008808DEA438F8C2257833003402FB/\\$file/DEMOGRAPHIC_REPORT-2013-231214.pdf?OpenElement](http://www.mof.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/All/70008808DEA438F8C2257833003402FB/$file/DEMOGRAPHIC_REPORT-2013-231214.pdf?OpenElement)

accessed 20 March 2015.

20. Statistical Service, (2014) [web site]

<http://www.mof.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/All/86C6F06DD9CD8DB8C2257E07003478D9?OpenDocument&sub=1&sel=1&e=&print>

accessed 25 March 2015

21. Statistical Service (2015). [web site]

<http://www.mof.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/All/D078D828F25958DDC2257D9E004CF832?OpenDocument&sub=2&sel=1&e=&print>

accessed 20 March 2015.

22. Theodorou M, Charalambous C, Petrou C, Cylus J. (2012) Cyprus: Health system review. Health Systems in Transition

Παράρτημα Α.
Θεματικός Οδηγός Συνέντευξης

Όνομα συνεντευξιζόμενου:

Θέση:

Ημερομηνία:

Τόπος:

Ηλικία:

Χρόνια Εργασίας:

Γενικές Ερωτήσεις

1. Ποια η σχέση σας με τον τομέα υγείας της Κύπρου;
2. Πιστεύετε ότι το υφιστάμενο σύστημα υγείας πρέπει να αλλάξει; Ποια είναι η γνώμη σας για τις αλλαγές που δρομολογούνται στον τομέα υγείας της Κύπρου σε σχέση με το ΓεΣΥ;
3. Είναι αναγκαία η εφαρμογή ΓεΣΥ στην Κύπρο; Αιτιολογείστε την απάντησή σας.
4. Πιστεύετε ότι ο βαθμός ενημέρωσης σας για την εφαρμογή του ΓεΣΥ στην Κύπρο είναι επαρκής; Αιτιολογείστε την απάντησή σας.
5. Η οικονομική κρίση έχει καταστήσει πιο επιτακτική την ανάγκη εφαρμογής του ΓεΣΥ;
6. Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει τη θέση των ιατρών απέναντι στην εφαρμογή του ΓεΣΥ;
7. Πώς βλέπετε τον εαυτό σας μέσα στον τομέα της υγείας μετά την εφαρμογή του ΓεΣΥ; Θα είναι καλύτερη ή χειρότερη η θέση σας από τη σημερινή;

Συμφέροντα

8. Το Γενικό Σχέδιο Υγείας θα εφαρμοστεί προς όφελος των ιατρών ή των ασθενών;
9. Ποια είναι τα συμφέροντα στην όποια μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας της Κύπρου; Αν αυτά προσδιορίζονται από εσάς, ποιος ο ρόλος της κάθε ομάδας συμφερόντων στην εφαρμογή του ΓεΣΥ;
10. Ποια νομίζετε ότι είναι τα θέματα που πρέπει να απασχολήσουν τους συνδικαλιστές (ομάδες εκπροσώπησης ιατρών και επαγγελματιών υγείας) και το Υπουργείο Υγείας όσο αφορά την εφαρμογή του ΓεΣΥ;
11. Πώς πιστεύετε ότι επηρεάζονται οι ιατροί του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα με την εφαρμογή του ΓεΣΥ;

12. Ποια προβλήματα των ιδιωτών ιατρών πιστεύετε θα επιλυθούν με την εφαρμογή του ΓεΣΥ;
13. Πιστεύετε ότι το ΓεΣΥ εκπροσωπεί τα συμφέροντα των ιδιωτών ιατρών;
14. Η στάση των ιατρών απέναντι στο ΓεΣΥ επηρεάζεται από την κομματική τους τοποθέτηση;
15. Ποιος είναι ο ρόλος των ιατρικών οργανώσεων και συλλόγων στην εφαρμογή του ΓεΣΥ;
16. Ποιος πιστεύετε ότι είναι ο ρόλος των διαφόρων ταμείων υγείας και ασφαλειών υγείας στην εφαρμογή του ΓεΣΥ;
17. Ποιος ο ρόλος των ιδιωτών ιατρών στην εφαρμογή του ΓεΣΥ;
18. Πώς επηρεάζει το ΓεΣΥ τις φαρμακευτικές εταιρείες και τις εταιρείες ιατρικών εξοπλισμών;
19. Το ΓεΣΥ περιορίζει την αυτονομία του ιδιώτη ιατρού;

Γενικό Σχέδιο Υγείας

20. Ποιος θεωρείτε πως πρέπει να είναι ο ρόλος του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) και του Υπουργείου Υγείας στο ΓεΣΥ;
21. Τι νομίζετε ότι είναι καλύτερο, ένα μονοασφαλιστικό, (ένας ασφαλιστικός φορέας ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας), ή ένα πολυασφαλιστικό, (πολλοί ασφαλιστικοί φορείς όπως ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας και οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες) σύστημα υγείας;
22. Ποια θεωρείτε πως είναι τα πλεονεκτήματα της εφαρμογής του ΓεΣΥ, όπως προτείνεται αυτή τη στιγμή;
23. Ποια θεωρείτε πως είναι τα μειονεκτήματα της εφαρμογής του ΓεΣΥ, όπως προτείνεται αυτή τη στιγμή;
24. Πιστεύετε ότι η εφαρμογή του ΓεΣΥ θα μειώσει τα προβλήματα (λίστες αναμονής, επικάλυψη υπηρεσιών από το δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, προκλητή ζήτηση, μεγάλες ιδιωτικές δαπάνες των πολιτών στον ιδιωτικό τομέα) που υπάρχουν στο υφιστάμενο σύστημα υγείας;
25. Έχετε να προτείνετε κάποιες αλλαγές στο προτεινόμενο ΓεΣΥ;
26. Γιατί μετά από τόσες μελέτες και νομοσχέδια το ΓεΣΥ δεν έχει εφαρμοστεί ακόμα;
27. Πιστεύετε ότι οι μελέτες που έχουν γίνει για το σχεδιασμό του ΓεΣΥ είναι επαρκείς;
28. Το ΓεΣΥ είναι οικονομικά εφικτό και επαρκώς σχεδιασμένο;
29. Ποια είναι η γνώμη σας για το θεσμό του οικογενειακού ιατρού;

30. Με ποιον τρόπο θέλετε να αμείβεστε; Κατά πράξη, ή κατά πράξη με σφαιρικό προϋπολογισμό ανά ειδικότητα, που είναι και η μέθοδος που προτείνεται αυτή τη στιγμή στο ΓεΣΥ;
31. Πιστεύετε στην σταδιακή εφαρμογή ή την άμεση εφαρμογή του ΓεΣΥ;
32. Θεωρείτε απαραίτητη την αυτονόμηση των δημόσιων νοσοκομείων για την εφαρμογή του ΓεΣΥ;

Θέσεις – Απόψεις για ΓεΣΥ

33. Το προτεινόμενο ΓεΣΥ θα είναι καλύτερο από το υφιστάμενο σύστημα υγείας για τους ασθενείς;
34. Θεωρείτε ότι το ΓεΣΥ θα εισαχθεί επιτυχώς στον τομέα της υγείας;
35. Ποια νομίζετε είναι τα εμπόδια στην εφαρμογή του ΓεΣΥ;
36. Ποια είναι η θέση – άποψη σας απέναντι στην εφαρμογή του ΓεΣΥ; Υποστηρίζετε την εφαρμογή του προτεινόμενου ΓεΣΥ;