

Μελέτη
Ιατροφαρμακευτική Περίθαλψη στην Κύπρο
και το Γενικό Σχέδιο Υγείας

Συμεών Μάτσης
Σύμβουλος Επιχειρήσεων
Λευκωσία Δεκέμβριος 2008

ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

Εισαγωγή

Στο σημείωμα αυτό θα παρουσιαστούν τα ακόλουθα

1. Περιγραφή του σημερινού συστήματος υγείας από την άποψη της οργάνωσης και της κάλυψης που προσφέρεται στους ασθενείς
2. Διαθέσιμοι πόροι του τομέα
3. Ανάλυση των δεικτών υγείας και σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης
4. Οι αδυναμίες του υφιστάμενου συστήματος υγείας.
5. Το Γενικό Σχέδιο Υγείας όπως περιέχεται στο Νομοσχέδιο για την εισαγωγή του στην Κύπρο με το νόμο 89 του 2001.
6. Οι προτάσεις του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας το 2007 για τροποποιήσεις στο νόμο του Γενικού Σχεδίου Υγείας του 2001.

1. **Περιγραφή σημερινού συστήματος υγείας:** Η οργάνωση υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

1.1. Κατανομή ευθυνών μεταξύ των υπουργείων

- ο Υπουργείο Υγείας: είναι ο κύριος φορέας πολιτικής για θέματα Υγείας, προσδιορίζει πολιτική και είναι υπεύθυνο για την οργάνωση των δημοσίων υπηρεσιών υγείας, που εξυπηρετούν τους πολίτες. Εφαρμόζει σχέδιο αποστολής ασθενών στο εξωτερικό. Υλοποιεί όλα τα απαραίτητα μέτρα προληπτικής ιατρικής / δημόσιας υγείας.
- ο Υπουργείο Γεωργίας: έχει μερικές ευθύνες για θέματα δημόσιας υγείας. Ελέγχει τις γεωργικές και κτηνοτροφικές δραστηριότητες που επηρεάζουν την δημόσια υγεία μέσω της προμήθειας τροφίμων
- ο Υπουργείο Εργασίας: στο Υπουργείο Εργασίας ανήκει η ευθύνη για θέματα υγείας του εργατικού δυναμικού και παροχής περίθαλψης στους εργοδοτούμενους μέσω του συστήματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
- ο Τοπικές αρχές: μέρος της ευθύνης για θέματα δημόσιας υγείας ανήκει στις τοπικές αρχές που είναι υπεύθυνες για εφαρμογή μέτρων ελέγχου των υποστατικών για δημόσια υγεία όπως αποχετεύσεις, εμβολιασμούς, οργάνωση υπηρεσιών υγείας για τους δημότες της κάθε περιοχής κλπ.

- 1.2. **Προμηθευτές υπηρεσιών υγείας - Η Κύπρος διαθέτει τρία είδη προμηθευτών υπηρεσιών υγείας**

1.2.1. Δημόσιος τομέας με τρία επίπεδα υπηρεσιών

- ο Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες : Προσφέρουν βασικές υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών όπως: διαγνωστικές, θεραπευτικές, κοινοτικές, υπηρεσίες ψυχικής υγείας και φάρμακα. Οι υπηρεσίες αυτές είναι διασκορπισμένες σε ολόκληρη την Κύπρο. Και προσφέρονται μέσω
 - Αστικών Κέντρων Υγείας (συνολικά 26 κέντρα στις ευρύτερες περιοχές των πόλεων)
 - Αγροτικών Υγειονομικών Κέντρων (11 κέντρα στις μεγάλες αγροτικές κοινότητες) και
 - Αριθμού Υπό-κέντρων
- ο Δευτεροβάθμιες Υπηρεσίες εξωτερικών και εσωτερικών ασθενών:
 - Τρία μικρά αγροτικά νοσοκομεία σε σχετικά απομονωμένες γεωγραφικές περιοχές (Κυπερούντα, Πόλη Χρυσοχούς και Παραλίμνι-77 κρεβάτια) Να σημειωθεί λόγω της ανάπτυξης της περιοχής και της σημασίας για τη τουριστική δραστηριότητα η μονάδα Παραλιμνίου

- αναβαθμίζεται και επεκτείνεται ως επαρχιακό γενικό νοσοκομείο Αμμοχώστου.
- Τέσσερα γενικά νοσοκομεία (Λευκωσίας, Λεμεσού, Λάρνακας και Πάφου- με 1320 κρεβάτια)
- ο Τριτοβάθμιες Υπηρεσίες εξωτερικών και εσωτερικών ασθενών:
- Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας προσφέρει τριτοβάθμιες υπηρεσίες που δεν διαθέτουν τα Υπόλοιπα Γενικά Νοσοκομεία (όπως καρδιοχειρουργικές υπηρεσίες, νευροχειρουργικό τμήμα, μονάδες μαγνητικού και αξονικού τομογράφου).
 - Το ίδιο και τα δυο εξειδικευμένα Νοσοκομεία: Αθαλάσσιος (για ψυχιατρικά περιστατικά) και Μακάρειο για Μητέρα και Παιδί (230 κρεβάτια- τμήμα εντατικής θεραπείας νεογέννητων, παιδιατρική ογκολογία).
- 1.2.2. **Ιδιωτικός τομέας:** προσφέρει υπηρεσίες για κέρδος και είναι οργανωμένος με τον ακόλουθο τρόπο
- ο Πρωτοβάθμια:
- Ιδιωτικοί γιατροί (915 ιατρεία) και οδοντογιατροί (548 οδοντοϊατρεία), που είναι οργανωμένοι πάνω σε ατομική βάση για εξωτερικούς ασθενείς.
 - Διαγνωστικές και άλλες υπηρεσίες (360 μονάδες σε ολόκληρη την Κύπρο)
 - Εργαστήρια, ακτινολογικές και ακτινο-θεραπευτικές υπηρεσίες, προσθετικών ειδών και άλλες.
 - Φαρμακεία
- ο Δευτεροβάθμια /τριτοβάθμια:
- Ιδιωτικές κλινικές. Προσφέρουν υπηρεσίες εξωτερικών και εσωτερικών ασθενών. Μερικές διαθέτουν ειδικεύσεις τριτοβάθμιου επιπέδου (όπως το Παρασκευαεΐδιο μεταμοσχευτικό κέντρο, Αμερικανικό Καρδιολογικό Κέντρο, Ογκολογικό Κέντρο Τράπεζας Κύπρου). Το 2006 λειτουργούσαν 86 ιδιωτικές κλινικές με 1434 κρεβάτια, που αναλογούν με 16.76 κρεβάτια ανά κλινική.
- 1.2.3. **Μη κερδοσκοπικές δραστηριότητες:** αποτελούν την τρίτη μορφή οργανωμένων προμηθευτών εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας όπως:
- ο Θεραπευτικές υπηρεσίες (Ογκολογικό κέντρο Τράπεζας Κύπρου, Παρασκευαεΐδιο μεταμοσχευτικό κέντρο, Ινστιτούτο Γενετικής και Νευρολογίας). Μέρος του κόστους λειτουργίας καλύπτεται από χρηματοδότηση ασθενών μέσω του Κρατικού προϋπολογισμού
 - ο Υπηρεσίες υποστήριξης σε χρόνιους ασθενείς όπως: καρδιοπαθείς, καρκινοπαθείς, διαβητικούς, νεφροπαθείς κλπ. Και αυτοί οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί απολαμβάνουν κρατικής επιδότησης
- 1.3. **Κάλυψη ασθενών:** Σημαντικό στοιχείο στην οργάνωση του ιατροφαρμακευτικού συστήματος είναι και ο τρόπος κάλυψης του κόστους της ασθένειας, τη στιγμή που δημιουργείται η ανάγκη. Για τη κάλυψη του κόστους ασθένειας λειτουργούν τέσσερα διαφορετικά συστήματα, ενώ το κράτος λειτουργεί πέμπτο πρόγραμμα με το οποίο καλύπτεται ο συνολικός πληθυσμός για ιατρικές υπηρεσίες που δεν είναι διαθέσιμες στην Κύπρο. Να σημειωθεί ότι πιθανό κάποια άτομα να έχουν διπλή και τριπλή κάλυψη. Δυστυχώς δεν υπάρχουν στοιχεία αναφορικά με τον αριθμό των ατόμων που κάθε σύστημα καλύπτει. Τα τέσσερα συστήματα είναι:
- 1.3.1. **Κάλυψη ατόμων με χαμηλά εισοδήματα μέσω των δημόσιων υπηρεσιών υγείας:** Το πρώτο είδος κάλυψης προσφέρεται από το κράτος και αφορά τα

άπορα άτομα. Το κράτος προσφέρει δωρεάν κάλυψη σε όσους θεωρούνται φτωχοί με βάση εισοδηματικό κριτήριο. Τα δικαιούχα άτομα πρέπει να πιστοποιηθούν, για το επίπεδο του εισοδήματός τους από τον κοινοτάρχη κάθε κοινότητας από την οποία προέρχονται. Τα άτομα αυτά δεν καταβάλλουν οποιοδήποτε τίμημα τη στιγμή που λαμβάνουν την εξυπηρέτηση εκτός από κάποιο χαμηλό τέλος για εγγραφή αν είναι κάτω της ηλικίας των 65 ετών. (Το κράτος δημοσιεύει τα εισοδηματικά κριτήρια που διέπουν το σχέδιο αυτό)

- 1.3.2. **Κάλυψη ομάδων εργοδοτούμενων, μέσω σχεδίων που προσφέρουν Εργοδότες και Συνδικαλιστικές Οργανώσεις.** Το δεύτερο είδος κάλυψης αφορά εργοδοτούμενους στους οποίους προσφέρεται κάλυψη για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη με σχέδιο που λειτουργούν οι εργοδότες ή τα εργατικά συνδικάτα. Τα σχέδια αυτά είναι είτε δωρεάν με βάση τους όρους εργοδότησης ή έναντι συνεισφοράς που εισπράττεται από τις απολαβές των εργοδοτούμενων.
- Δωρεάν κάλυψη χωρίς εισφορές των δικαιούχων προσφέρεται από το κράτος και τους ημικρατικούς οργανισμούς μέσω των όρων εργοδότησης τους. Καλύπτονται και τα εξαρτώμενα άτομα των εργοδοτούμενων. Τα σχέδια αυτά καλύπτουν Δημοσίους Υπαλλήλους και Υπαλλήλους Ημι-κρατικών Οργανισμών.
 - Κάλυψη από εργοδοτικά σχέδια και σχέδια εργατικών συνδικάτων έναντι καταβολής συνεισφοράς. Καλύπτονται και τα εξαρτώμενα άτομα των εργοδοτούμενων και προσφέρονται σε:
 - Υπαλλήλους κυρίως μεγάλων εταιρειών του ιδιωτικού τομέα. Το κυριότερο σύστημα είναι αυτό των υπαλλήλων του Τραπεζικού τομέα
 - Εργαζομένους μέλη Συνδικαλιστικών Οργανώσεων (ΠΕΟ, ΣΕΚ και ΔΕΟΚ).
 - Στις περιπτώσεις αυτές ο ασθενής πληρώνει τη στιγμή της εξυπηρέτησης και το σχέδιο θα καλύψει είτε ολόκληρο είτε μέρος του κόστους ανάλογα με τις πρόνοιες του κάθε σχεδίου. Δυστυχώς δεν υπάρχουν στοιχεία για τα άτομα που καλύπτονται από αυτά τα σχέδια.
- 1.3.3. **Κάλυψη από το εισόδημα του ασθενούς τη στιγμή της ανάγκης.** Ο τρίτος τρόπος κάλυψης των πολιτών είναι τη στιγμή της παρουσίας ανάγκης, τα άτομα προσφεύγουν στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας είτε και στις δημόσιες με πληρωμή του κόστους περίθαλψης από το εισόδημα τους. Μερικά άτομα μπορεί να καταφύγουν στο δημόσιο τομέα και να πληρώσουν το προαποφασισμένο αντίτιμο για τη συγκεκριμένη υπηρεσία που θα χρειαστούν.
- 1.3.4. **Κάλυψη από Ασφαλιστικά Σχέδια Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης:** Τα σχέδια αυτά προσφέρονται γενικά και είναι διαθέσιμα για όποιο άτομο θεωρήσει ότι δεν διαθέτει άλλη ικανοποιητική κάλυψη. Σε κάποιες περιπτώσεις τα σχέδια αυτά αποτελούν συμπληρωματική κάλυψη για το άτομο που το αγοράζει. Έναντι πληρωμής εισφοράς οι εταιρείες υπόσχονται να καλύψουν το κόστος περίθαλψης με βάση προσυμφωνημένα τέλη με τους παροχείς. Και πάλι ο ασθενής πληρώνει το κόστος εξυπηρέτησης και επιστρέφεται είτε όλο είτε μέρος, ανάλογα με το σχέδιο και το είδος της περίθαλψης.
- 1.3.5. **Κάλυψη προς όλους τους Κυπρίους για θεραπεία στο εξωτερικό για ειδικότητες που δεν προσφέρονται στην Κύπρο.** Μέσω του σχεδίου αυτού το κράτος καλύπτει το κόστος θεραπείας με εισοδηματικά κριτήρια. Παρέχεται πλήρη κάλυψη για φτωχά άτομα. Το μέρος του κόστους που καλύπτεται μειώνεται με βάση το επίπεδο του εισοδήματός της οικογενείας του ασθενή. Το κράτος δεν καλύπτει το κόστος μετάβασης ούτε τα έξοδα των συνοδών.

2. **Διαθέσιμοι πόροι και ανθρώπινο δυναμικό:** Σε μια σειρά από πίνακες πιο κάτω παρουσιάζονται τα δεδομένα που αφορούν τους διαθέσιμους πόρους στον τομέα της υγείας και δείχνουν τη μεγάλη ανάπτυξη του τομέα μακροπρόθεσμα.

2.1. **Ιατρικό, οδοντοιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό:** Στον Πίνακα 1

παρουσιάζονται τα στοιχεία που αφορούν το ιατρικό, οδοντοιατρικό, παραϊατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Αυξήθηκαν μακροχρόνια οι γιατροί, οδοντογιάτροι, το νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό καταλήγοντας σε μεγάλη βελτίωση των αναλογιών πληθυσμού προς το προσωπικό. Να σημειωθεί ότι δεν υπάρχουν συγκριτικά δεδομένα για τους φαρμακοποιούς και το παραϊατρικό προσωπικό του ιδιωτικού τομέα. Ενώ ο κύριος όγκος των γιατρών και οδοντογιάτρων είναι συγκεντρωμένοι στον ιδιωτικό τομέα δεν συμβαίνει το ίδιο με το νοσηλευτικό προσωπικό, που είναι κυρίως συγκεντρωμένο στο δημόσιο τομέα. Ενώ οι δυο υποτομείς συγκεντρώνουν την ίδια δυναμικότητα σε κρεβάτια (1430) ο ιδιωτικός τομέας εργοδοτεί νοσηλευτικό προσωπικό που αριθμεί 670 σε σχέση με 2,690 στο δημόσιο τομέα. Ο κύριος λόγος είναι ότι ο δημόσιος τομέας προσφέρει πολύ καλύτερους όρους εργοδότησης από τον ιδιωτικό. Οι αριθμοί αυτοί δημιουργούν ερωτηματικά για τη δυνατότητα του ιδιωτικού τομέα να λειτουργήσει ικανοποιητικά τις κλινικές με βάση τις πρόνοιες της νομοθεσίας για τις αναλογίες κλινών νοσηλευτικού προσωπικού. Σήμερα τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια βασίζονται κυρίως σε ξένο νοσηλευτικό προσωπικό με ερωτηματικά για την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν. Για να μπορέσουν να ανταποκριθούν θα απαιτηθεί η εκπαίδευση μεγάλου αριθμού νοσηλευτών ή θα πρέπει η κυβέρνηση να επιτρέψει την πρόσληψη πολύ περισσότερων ξένων νοσηλευτών/ νοσηλευτριών. Με βάση τη νομοθεσία για τη λειτουργία των νοσηλευτηρίων το πρόβλημα αυτό θα πρέπει να επιλυθεί πριν την εφαρμογή του Νόμου για το εθνικό σχέδιο υγείας. Η αύξηση του εργατικού δυναμικού στο τομέα υγείας επιβεβαιώνεται και από τα δεδομένα της συνολικής απασχόλησης στις υπηρεσίες υγείας, μη περιλαμβανομένων των φαρμακείων (Πίνακας 2).

Πίνακας 1 : Αριθμός γιατρών, οδοντογιάτρων, φαρμακοποιών και νοσηλευτικού προσωπικού 1960-2006

Προσωπικό /τομέας	1960	1980	2000	2006
<u>Γιατροί</u>	<u>391</u>	<u>560</u>	<u>1,800</u>	<u>1.950</u>
Δημόσιος	87	234	512	645
Ιδιωτικός	304	326	1.288	1.305
<u>Οδοντογιάτροί</u>	<u>143</u>	<u>161</u>	<u>619</u>	<u>715</u>
Δημόσιος	9	36	33	41
Ιδιωτικός	134	125	586	674
<u>Νοσηλευτικό προσωπικό</u>	<u>746</u>	<u>1,707</u>	<u>2,933</u>	<u>3.361</u>
Δημόσιος	486	1,427	2,200	2.691
Ιδιωτικός	260	280	733	670
<u>Παραϊατρικό προσωπικό(1)</u>	<u>151</u>	<u>324</u>	<u>556</u>	<u>873</u>

Σημείωση 1 Τα δεδομένα για το παραϊατρικό προσωπικό υπάρχουν μόνο για το δημόσιο τομέα

Πηγή: Στατιστικές υγείας και Νοσοκομείων 2006, Τμήμα Στατιστικής

Η επικερδής συνολική απασχόληση στον τομέα (περιλαμβάνει όλα τα είδη προσωπικού όπως γιατρούς, οδοντογιάτρούς, νοσηλευτικό προσωπικό, βοηθητικό, διοικητικό προσωπικό κλπ.) σημείωσε σημαντική επέκταση τα τελευταία χρόνια.

Από 8.653 άτομα που απασχολούνταν το 2000 η συνολική απασχόληση έφθασε τις 9.963 άτομα το 2005, αύξηση της τάξης του 20% μέσα σε πέντε χρόνια (Πίνακας 2). Η κύρια ανάπτυξη σημειώθηκε στις δημόσιες νοσοκομειακές υπηρεσίες.

Πίνακας 2: Συνολική απασχόληση υπηρεσιών υγείας 2000 - 2005

	2000	2005
<u>Νοσοκομεία /κλινικές</u>	<u>7.201</u>	<u>8.297</u>
Δημόσιος	4.726	5.463
Ιδιωτικός	2.475	2.834
<u>Οδοντογιατροί</u>	<u>782</u>	<u>856</u>
Δημόσιος	82	88
Ιδιωτικός	700	768
<u>Άλλες υπηρεσίες</u>	<u>670</u>	<u>815</u>
Σύνολο	8.653	9.968

Σημείωση: Αναφέρεται στη απασχόληση σε όλες τις κατηγορίες προσωπικού

Πηγή: Οικονομικές Στατιστικές Υγείας 2005, Τμήμα Στατιστικής

- 2.2. Νοσοκομειακή δυναμικότητα: Η δυναμικότητα των δημόσιων νοσοκομείων και ιδιωτικών κλινικών, σημείωσε μεγάλη αύξηση μετά την ανεξαρτησία και το 1980 έφθασε συνολικά στα 3,430 κρεβάτια (Πίνακας 3). Μετά το 1980 η εξέλιξη στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα πήραν διαφορετική κατεύθυνση. Ενώ ο ιδιωτικός τομέας συνέχισε την ανάπτυξη του και ο αριθμός των κρεβατιών που διέθεταν οι ιδιωτικές κλινικές έφθασε τα 1637 το 2000, η δυναμικότητα του δημόσιου τομέα μειώθηκε σημαντικά κυρίως λόγω της νέας προσέγγισης στο θέμα της ψυχιατρικής περίθαλψης, που επέτρεψε την απόλυση πολλών ψυχασθενών από τα ψυχιατρικά ιδρύματα και μείωση της διαθέσιμης δυναμικότητας και των τεχνολογικών εξελίξεων που επέτρεψαν τη μείωση της παραμονής ασθενών σε νοσηλευτήρια. Η τεχνολογική πρόοδος συνεχίζεται με αποτέλεσμα να σημειωθεί παραπέρα μείωση της δυναμικότητας σε κρεβάτια τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο τομέα μεταξύ 2000 και 2006, σαν αποτέλεσμα της δυνατότητας περισσότερων επεμβάσεων μικροχειρουργικής με πολύ περιορισμένη παραμονή στα νοσηλευτήρια. Είναι χαρακτηριστική η μείωση της μέσης διάρκειας παραμονής σε νοσοκομείο που σημειώθηκε στο δημόσιο τομέα από ένα μέσο όρο 6.8 ημερών το 1990 σε 5.8 ημέρες το 2006. Ταυτόχρονα θα πρέπει να σημειωθεί η διαφορετική φύση των δημόσιων από τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια. Τα δημόσια νοσηλευτήρια είναι λίγα 9 σε αριθμό και μεγάλα σε μέγεθος (μέση δυναμικότητα 159 κρεβάτια ανά νοσοκομείο) και ικανοποιητικά στελεχωμένα και εξοπλισμένα. Αντίθετα τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια είναι μικρά σε δυναμικότητα κρεβατιών και υπο-στελεχωμένα. Η εικόνα αυτή πρόσφατα διαφοροποιήθηκε και δημιουργήθηκαν πιο μεγάλες νοσηλευτικές μονάδες με αναβαθμισμένο εξοπλισμό και στον ιδιωτικό τομέα. Έτσι ο μέσος όρος αριθμού κρεβατιών κατά κλινική του ιδιωτικού τομέα αυξήθηκε από 13 κρεβάτια ανά κλινική που ήταν το 2000 σε 17 το 2006. Αριθμοί όμως που εξακολουθούν να δείχνουν μικρό μέγεθος κατά μέσο όρο για τις κλινικές του ιδιωτικού τομέα.

Πίνακας 3 : Αριθμός νοσοκομειακών κλινών 1960-2006

	1960	1980	2000	2006
<u>Νοσοκομειακές κλίνες</u>	<u>2,592</u>	<u>3,438</u>	<u>3,147</u>	<u>2,864</u>

Δημόσιος	1,592	2,087	1,510	1.430
Ιδιωτικός	1,000	1,351	1,637	1.434

Πηγή: Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων 2006, Τμήμα Στατιστικής

2.3. Κόστος ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης: Το κόστος παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στην Κύπρο αυξάνεται μακροχρόνια, όπως συμβαίνει σ' όλες στις αναπτυγμένες χώρες. Πιο πρόσφατα ο ρυθμός αύξησης επιταχύνθηκε λόγω της σταδιακής γήρανσης του πληθυσμού, των τεχνολογικών εξελίξεων, της βελτίωσης του βιοτικού επιπέδου και της αύξησης των προσδοκιών του μέσου ατόμου. Το ποσοστό του ΑΕΠ που απορροφά ο τομέας παρέμεινε σε σχετικά χαμηλά επίπεδα μέχρι το 1980, (μειώθηκε από 3,4% του ΑΕΠ το 1960 σε 2,9% το 1980 - Πίνακας 4). Η μεγάλη αύξηση αρχίζει από το 1980 και μετά. Το 1990 φθάνει το 4.5% του ΑΕΠ για να ανεβεί στο 5,8% το 2000 και να φτάσει το 6,3% το 2006.

Πίνακας 4: Δαπάνες Υγείας ποσοστό ΑΕΠ (%) 1960 – 2006

	Δημόσιος	Ιδιωτικός	Συνολο
1960	1.3	2.1	3.4
1970	0.9	1.8	2.7
1980	1.6	1.3	2.9
1990	1.8	2.7	4.5
2000	2.6	3.2	5.8
2006	3.1	3.2	6.3

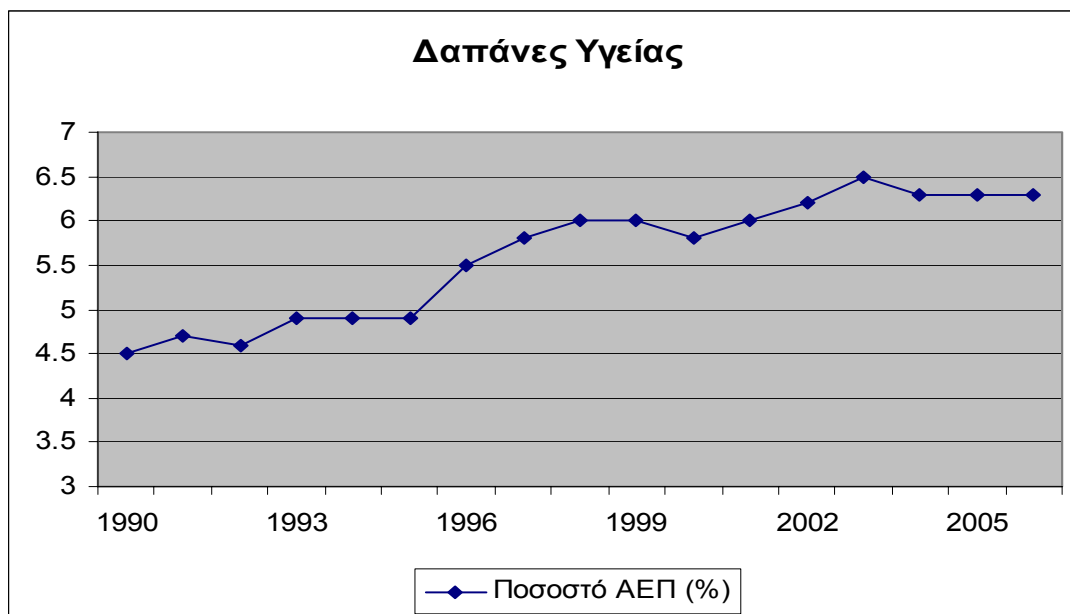
Πηγή: Στατιστικές υγείας και Νοσοκομείων 2006, Τμήμα Στατιστικής
 Σε κυπριακές λίρες τα μεγέθη πήραν τη μορφή που φαίνεται στον **Πίνακα 5**. Οι συνολικές δαπάνες αυξήθηκαν από £114 εκατ. το 1990 σε £335 εκατ. το 2000 για να φτάσει τα £529 εκατ. το 2006. Η κατανομή των δαπανών μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα δείχνει ακόμα μια αδυναμία του συστήματος ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στη Κύπρο όπου μεγαλύτερο ποσό δαπανάται στο ιδιωτικό τομέα. Το στοιχείο αυτό δείχνει το μέγεθος των δαπανών υγείας που επωμίζονται άμεσα τα νοικοκυριά τη στιγμή που αναφύεται η ανάγκη για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη λόγω της μη ύπαρξης συστήματος ασφάλισης.

Πίνακας 5: Δαπάνες (εκατ. Κ£) Υγείας κατά τομέα 1980-2006

	Δημόσιος	Ιδιωτικός	Σύνολο
1980	12.4	10.4	22.8
1990	45.7	68.6	114.3
1995	70.4	128.1	198.5
2000	152.7	182.7	335.4
2005	239.7	256.2	495.9
2006	264.0	265.8	529.8

Πηγή: Στατιστικές υγείας και Νοσοκομείων 2006, Τμήμα Στατιστικής

Τα τελευταία χρόνια οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ είχαν ετήσια διακύμανση που φαίνεται στο διάγραμμα που ακολουθεί. Από το 1998 το ποσοστό του ΑΕΠ που δαπανάται για την υγεία κυμαίνεται μεταξύ 5.8% και 6.5%.



Σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες μέλη της ΕΕ. Παρά τη σοβαρή αύξηση των συνολικών δαπανών για την υγεία και την αύξηση του ποσοστού του ΑΕΠ που απορροφάται από τον τομέα η Κύπρος συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες μέλη της ΕΕ δαπανά σχετικά πολύ περιορισμένο ποσοστό του ΑΕΠ για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Κατέχει την 23η θέση με 6.3% του ΑΕΠ (Πίνακας 6). Υπερτερεί μόνο μερικών από τις νέες χώρες μέλη της ΕΕ όπως Ρουμανία (5.5%), Εσθονία (5.0%), Λιθουανία (5.9%) και Πολωνία (6.2%). Η χαμηλή αυτή θέση οφείλεται στο γεγονός ότι η Κύπρος έχει συγκριτικά πιο νεανική δομή πληθυσμού και η ιατρική έρευνα παραμένει πολύ περιορισμένη. Πιο σημαντικό στοιχείο είναι το χαμηλό ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία που δαπανούνται από το δημόσιο τομέα, αποτέλεσμα της έλλειψης Εθνικού Σχεδίου Υγείας. Σαν αποτέλεσμα το μεγαλύτερο βάρος του κόστους υγείας δαπανάται απευθείας από τους ασθενείς καταναλωτές. Ενδεικτικό της θέσης της Κύπρου είναι ότι το ποσοστό που δαπανάται από το δημόσιο τομέα είναι το χαμηλότερο από όλες τις χώρες μέλη της ΕΕ και με βάση τα δημοσιευόμενα στοιχεία του ΠΟΥ ήταν μόλις 42.3% το 2005 (Πίνακας 6). Στη δεύτερη θέση από το τέλος, βρίσκεται η Ελλάδα όπου αν και προσφέρει σχέδιο υγείας, οι ασθενείς καταναλωτές αναλαμβάνουν μεγάλο μέρος του κόστους υγείας και το κράτος δαπανά μόνο 42.8% των συνολικών δαπανών. Οι αμέσως επόμενες στο κατάλογο από την άποψη του ποσοστού των συνολικών δαπανών που καλύπτει το κράτος είναι η Λατβία (60.5%) και Βουλγαρία (60.6%). Το ποσοστό για τις υπόλοιπες χώρες μέλη της ΕΕ κυμαίνεται από 64.9% για την Ολλανδία μέχρι και 90.7% για το Λουξεμβούργο.

Πίνακας 6: Δαπάνες Υγείας στις χώρες της ΕΕ 2005

Χώρες μέλη ΕΕ	Ποσοστό ΑΕΠ (%)	Δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό συνολικών

		δαπανών υγείας (%)
1. Αυστρία	10.2	75.7
2. Βέλγιο	9.6	71.4
3. Βουλγαρία	7.7	60.6
4. Γερμανία	10.7	76.9
5. Γαλλία	11.2	79.9
6. Δανία	9.1	84.1
7. Ελλάδα	10.1	42.8
8. Εσθονία	5.0	75.9
9. Ιταλία	8.9	76.6
10. Ηνωμένο Βασίλειο	8.3	85.5
11. Ισπανία	8.2	71.4
12. Ιρλανδία	8.2	79.5
13. Κύπρος	6.3	42.3
14. Λατβία	6.4	60.5
15. Λιθουανία	5.9	67.3
16. Λουξεμβούργο	7.7	90.7
17. Μάλτα	8.4	77.4
18. Ολλανδία	9.2	64.9
19. Ουγγαρία	7.8	70.8
20. Πολωνία	6.2	69.3
21. Πορτογαλία	10.2	72.3
22. Ρουμανία	5.5	70.3
23. Σλοβακία	7.0	74.4
24. Σλοβενία	8.5	72.4
25. Σουηδία	9.2	81.7
26. Τσεχία	7.1	88.6
27. Φινλανδία	7.5	77.8

Πηγή: Διεθνής Οργανισμός Υγείας

3. **Δείκτες επιπέδου υγείας –ιστορική εξέλιξη** Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας χρησιμοποιεί διάφορους δείκτες για αξιολόγηση του επιπέδου υγείας στις χώρες μέλη. Οι βασικοί δείκτες που χρησιμοποιούνται είναι η μέση προσδοκώμενη διάρκεια ζωής, η μέση προσδοκώμενη διάρκεια υγιούς ζωής και το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας καθώς και συγκρίσεις του αριθμού γιατρών, οδοντογιατρών, νοσηλευτικού προσωπικού και κρεβατιών προς 10.000 κατοίκους. Η ιστορική εξέλιξη των αναλογιών πληθυσμού προς γιατρούς και άλλο παραϊατρικό προσωπικό και νοσοκομειακή κλίνη πήραν τη μορφή που φαίνεται στον **Πίνακα 7**.

Με βάση τους αριθμούς γιατρών, οδοντογιατρών, νοσοκομειακών κλινών κλπ. η Κύπρος έχει φτάσει σε πολύ ικανοποιητικό επίπεδο προσφοράς όπως δείχνουν οι αναλογίες πληθυσμού προς κάθε μια από τις ομάδες προσωπικού και κλινών (**Πίνακας 7**). Οι αναλογίες αυτές έχουν βελτιωθεί σημαντικά μέσα στο χρόνο και συγκρίνονται με παρόμοιες αναλογίες των χωρών μελών της ΕΕ. Ιδιαίτερα καλή αναλογία είναι αυτοί του πληθυσμού προς γιατρούς που το 2006 αναλογούσαν περίπου 400 άτομα για κάθε δραστηριοποιημένο γιατρό. Η σταδιακή αφαίρεση νοσοκομειακής δυναμικότητας επιδείνωσε την αναλογία πληθυσμού προς νοσοκομειακή κλίνη που έφθασε 269 άτομα ανά κλίνη το 2006 σε σχέση με 148 άτομα το 1980 και 220 το 2000.

Πίνακας 7: Αναλογίες πληθυσμού προς γιατρό, οδοντογιατρό, νοσηλευτικό προσωπικό και νοσοκομειακή κλίνη 1960-2006

Αναλογίες πληθυσμού	1960	1980	2000	2006
Γιατρό	1,440	908	385	395
Οδοντογιατρό	3,937	2,795	1,121	1.078
Νοσηλευτικό προσωπικό	755	298	237	229
Νοσοκομειακή κλίνη	217	148	220	269

Σημείωση: οι αναλογίες αναφέρονται σε αριθμό προσώπων προς κάθε ένα γιατρό οδοντογιατρό κλπ.

Πηγή: Στατιστικές υγείας και Νοσοκομείων 2006, Τμήμα Στατιστικής

Συγκριτικά στοιχεία των πιο πάνω δεικτών όπως τα δημοσιεύει η ΠΟΥ για το τελευταίο διαθέσιμο χρόνο (2005) φαίνονται στον **Πίνακα 8** που ακολουθεί. Τα στοιχεία των συγκριτικών πινάκων για την ΕΕ δίνονται με αλφαβητική σειρά των χωρών. Στο Πίνακα 8 οι αναλογίες πληθυσμού σε σχέση με τους διαθέσιμους πόρους στο τομέα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης παρουσιάζονται σαν αριθμός γιατρών, οδοντογιατρών και άλλων πόρων σε σχέση με 10.000 πληθυσμό που διαθέτει κάθε χώρα. Με βάση αυτά τα δεδομένα η Κύπρος βρίσκεται σχετικά χαμηλά σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες μέλη της ΕΕ με εξαίρεση τον αριθμό οδοντογιατρών προς 10.000 κατοίκους. Ιδιαίτερα για τους νοσηλευτές ο αριθμός σε κάθε 10.000 κατοίκους είναι ο δεύτερος χειρότερος μετά από αυτόν της Ελλάδας κυρίως λόγω της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού και τους απαγορευτικούς κανονισμούς που εφαρμόζει το Υπουργείο Υγείας.

Πίνακας 8: Δείκτες Προσωπικού Υγείας στην ΕΕ - 2005

Χώρες μέλη ΕΕ	Γιατροί	Οδοντογιατροί	Νοσηλευτές	Φαρμακοποιοί

1. Αυστρία	37	5	66	6
2. Βέλγιο	42	8	142	11
3. Βουλγαρία	3	9	46	1
4. Γερμανία	34	8	80	6
5. Γαλλία	34	7	80	4
6. Δανία	36	8	101	7
7. Ελλάδα	50	12	36	8
8. Εσθονία	33	9	70	7
9. Ηνωμένο Β/λειο	23	10	128	5
10. Ιταλία	37	6	72	8
11. Ισπανία	33	5	76	9
12. Ιρλανδία	29	6	195	9
13. Κύπρος	26	9	40	2
14. Λατβία	31	7	56	-
15. Λιθουανία	40	7	77	6
16. Λουξεμβούργο	27	8	96	9
17. Μάλτα	39	5	60	20
18. Ολλανδία	37	5	146	2
19. Ουγγαρία	30	5	92	5
20. Πολωνία	20	3	52	6
21. Πορτογαλία	34	6	47	10
22. Ρουμανία	19	2	42	1
23. Σλοβακία	31	5	66	5
24. Σλοβενία	24	6	80	5
25. Σουηδία	33	8	109	7
26. Τσεχία	36	7	89	6
27. Φινλανδία	33	9	89	11

Σημείωση: Οι δείκτες εκφράζονται σαν αριθμός γιατρών, οδοντογιατρών, νοσηλευτών και φαρμακοποιών προς 10.000 κατοίκους

Πηγή: Διεθνής Οργανισμός Υγείας

Όσον αφορά τους υπόλοιπους δείκτες που χρησιμοποιεί η ΠΟΥ η Κύπρος κατέχει ικανοποιητική θέση σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες μέλη της ΕΕ (**Πίνακας 9**). Ο δείκτης μέσης διάρκειας υγιούς ζωής αποτελεί βελτίωση του δείκτη της μέσης προσδοκώμενης διάρκειας ζωής με έμφαση στο κατά πόσο τα χρόνια που επιβιώνει ένα άτομο είναι ελεύθερο από ασθένειες και επομένως προσδιορίζει την ποιότητα της ζωής που απολαμβάνει ένα άτομο όχι απλώς τα χρόνια που επιβιώνει αλλά και κατά πόσο αυτά τα χρόνια είναι ελεύθερα από σοβαρές ασθένειες που το υποχρεώνουν να παραμένει περιορισμένο και κλινήρη.

Πίνακας 9: Μέση διάρκεια ζωής και ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας 2005

Χώρες μέλη ΕΕ	Μέση	Μέση	Ποσοστό
---------------	------	------	---------

	Διάρκεια Ζωής (Χρόνια)	Διάρκεια Υγιούς Ζωής (Χρόνια)	βρεφικής θνησιμότητας (Ανά 1000 γεννήσεις)
1. Αυστρία	80	71	4
2. Βέλγιο	79	71	4
3. Βουλγαρία	73	65	10
4. Γερμανία	80	72	4
5. Γαλλία	81	72	4
6. Δανία	79	73	3
7. Ελλάδα	80	71	4
8. Εσθονία	73	64	5
9. Ηνωμένο Βασίλειο	79	71	5
10. Ιταλία	83	71	4
11. Ισπανία	81	73	4
12. Ιρλανδία	80	70	4
13. Κύπρος	80	68	3
14. Λατβία	71	63	8
15. Λιθουανία	71	63	7
16. Λουξεμβούργο	80	72	3
17. Μάλτα	79	71	5
18. Ολλανδία	80	71	4
19. Ουγγαρία	73	65	6
20. Πολωνία	75	66	6
21. Πορτογαλία	79	69	3
22. Ρουμανία	73	63	14
23. Σλοβακία	74	66	7
24. Σλοβενία	78	69	3
25. Σουηδία	81	73	3
26. Τσεχία	77	68	3
27. Φινλανδία	79	71	3

Πηγή: Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας

Η παράθεση των επιπρόσθετων δεικτών μειώνει τη θέση της Κύπρου στο σχετικό συγκριτικό πίνακα. Ενώ για τη μέση διάρκεια ζωής η Κύπρος βρίσκεται σε καλή θέση και προηγείται 16 χωρών μελών της ΕΕ, στον πιο εξειδικευμένο δείκτη της μέσης διάρκειας υγιούς ζωής η Κύπρος πέφτει οκτώ θέσεις πιο κάτω και προηγείται μόνο 8 άλλων χωρών μελών της ΕΕ, στοιχείο που αναδεικνύει ότι ο μέσος Κύπριος ζει μεν αρκετά χρόνια αλλά περισσότερα χρόνια από αυτά είναι δύσκολα γιατί υποφέρει από χρόνιες ασθένειες. Η Κύπρος μαζί με άλλες 7 χώρες της ΕΕ έχουν το χαμηλότερο ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας ανά χίλιες γεννήσεις. Με τρεις θανάτους βρεφών ανά 10.000 γεννήσεις βρισκόταν στη πρώτη θέση μαζί με άλλες επτά χώρες της ΕΕ (Σουηδία, Δανία, Φινλανδία, Σλοβενία, Λουξεμβούργο, Πορτογαλία και Τσεχία).

Συμπερασματικά η εικόνα που προκύπτει από τους δείκτες αυτούς για τη Κύπρο είναι ανάμεικτη. Σημειώθηκε πρόοδος, με αποτέλεσμα σε κάποιους δείκτες η Κύπρος να έφτασε σε ψηλά επίπεδα σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες μέλη της ΕΕ. Σε άλλους όμως δείκτες το συγκριτικό επίπεδο της Κύπρου είναι σχετικά χαμηλό και χρειάζεται

μεγάλη προσπάθεια για να βελτιωθεί. Η υστέρηση σε διάφορους δείκτες δημιουργεί ερωτηματικά για τη δυνατότητα της χώρας να εφαρμόσει αποτελεσματικά ένα φιλόδοξο Εθνικό Σχέδιο Υγείας όπως αυτό που προτάθηκε από την ομάδα εμπειρογνομόνων και θεσπίστηκε σε νόμο το 2001. Γι αυτό στο επόμενο κεφάλαιο θα αναλυθούν τα διάφορα προβλήματα που έχουν προσδιοριστεί και που μερικώς το Γενικό Σχέδιο Υγείας στοχεύει να επιλύσει.

4. **Αδυναμίες του υφιστάμενου συστήματος υγείας:** Πιο κάτω ακολουθεί μια περιληπτική ανάλυση των διαφόρων προβλημάτων και αδυναμιών του υφιστάμενου συστήματος ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Οι αδυναμίες είναι:
 - 4.1. Ο τρόπος πιστοποίησης και η απουσία ελέγχου για τους δικαιούχους δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης από το δημόσιο τομέα. Στην πράξη τα εισοδηματικά κριτήρια που τίθενται ως βάση για δικαίωμα χρήσης των δημόσιων υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης διογκώνουν τον αριθμό των δικαιούχων με αποτέλεσμα να παρατηρείται συνωστισμός στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και οι πραγματικοί δικαιούχοι να μην έχουν ικανοποιητική πρόσβαση.
 - 4.2. Χαμηλή ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και δημιουργία καταλόγων αναμονής: Αποτέλεσμα του μεγάλου αριθμού των δικαιούχων είναι η υποβάθμιση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας στο δημόσιο τομέα και η δημιουργία καταλόγων αναμονής, που πολλές φορές καταλήγουν σε αναμονή για μερικούς μήνες για ους ασθενείς..
 - 4.3. Το κόστος ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στην Κύπρο αυξάνεται δραματικά και παρουσιάζεται σημαντική επιτάχυνση τα τελευταία χρόνια. Αναμένεται παραπέρα αύξηση λόγω της τεχνολογικής εξέλιξης και προόδου που θα απαιτήσει μεγάλη αύξηση στους πόρους που διατίθενται για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Εντούτοις το ποσοστό του ΑΕΠ που δαπανάται για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στην Κύπρο είναι χαμηλό σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες μέλη της ΕΕ. Εκτιμάται ότι το πραγματικό κόστος παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στην Κύπρο είναι πολύ πιο ψηλό από ότι αποκαλύπτουν τα στοιχεία του Τμήματος Στατιστικής γιατί οι επαγγελματίες στον ιδιωτικό τομέα υγείας δηλώνουν πολύ χαμηλότερα επίπεδα εισοδήματος και κύκλου εργασιών των ιατρικών και κλινικών και άλλων υπηρεσιών υγείας. το έντονα Πρόσφατες διερευνήσεις των συμβούλων του Οργανισμού Ασφάλισης υγείας έχουν φέρει στη επιφάνεια πολύ ψηλά επίπεδα τιμών για διάφορες θεραπείες στον ιδιωτικό τομέα σε σύγκριση με τιμές της Ελβετίας για την ίδια θεραπεία
 - 4.4. Το ποσοστό που συνεισφέρει ο δημόσιος τομέας στις συνολικές δαπάνες για την υγεία είναι πολύ χαμηλό. Ο δημόσιος τομέας στην Κύπρο δαπάνη το μικρότερο ποσοστό σε σχέση με όλες τις υπόλοιπες χώρες μέλη της ΕΕ. Το χαμηλό ποσοστό οφείλεται στην απουσία Γενικού Σχεδίου Υγείας, αφού η Κύπρος είναι η μόνη χώρα μέλος της ΕΕ που δεν έχει εισαγάγει ένα τέτοιο σχέδιο. Γι αυτό και μεγάλο μέρος του κόστους για την Υγεία επωμίζονται άμεσα οι ασθενείς όταν αντιμετωπίζουν κάποια ασθένεια και πρέπει να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες υγείας. Η αδυναμία αυτή μεταφράζεται σε ανισότητα κάλυψης των πολιτών λόγω της απουσίας ασφαλιστικού σχεδίου σημείο για το οποίο ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας τοποθετεί την Κύπρο στην 133η θέση μεταξύ 191 χωρών. Τούτο αντικατοπτρίζει την έλλειψη Γενικού Σχεδίου Ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στοιχείο για το οποίο η ΕΕ έχει κάνει παρατηρήσεις και θεωρεί αδυναμία για την Κυπριακή Κοινωνική πολιτική.

- 4.5. Οι κλινικές του ιδιωτικού τομέα είναι μικρές και υποστελεχωμένες: Κατά μέσο όρο διαθέτουν 17 κρεβάτια. Ενώ οι περισσότερες δεν είναι σωστά στελεχωμένες. Παραδειγματικά ο ιδιωτικός τομέας διαθέτει 1434 κρεβάτια στις 86 κλινικές που λειτουργούν, παρόμοιο σύνολο με τον αριθμό κλινών που διαθέτει ο Δημόσιος τομέας (1430). Η απασχόληση όμως προσοντούχου νοσηλευτικού προσωπικού είναι δυσανάλογη. Ο δημόσιος τομέας απασχολούσε 2.691 προσοντούχους νοσηλευτές και νοσηλεύτριες το 2006 ενώ ο ιδιωτικός απασχολούσε μόνο 670 προσοντούχους νοσηλευτές και νοσηλεύτριες τον ίδιο χρόνο. Τα δεδομένα αυτά δημιουργούν εύλογα ερωτηματικά κατά πόσο ο ιδιωτικός τομέας θα μπορέσει να λειτουργήσει αποδοτικά γιατί δεν μπορεί να στελεχώσει σωστά τις υπηρεσίες του.
- 4.6. Έλλειψη συνεργασίας μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα με ανταγωνιστική συμπεριφορά και έλλειψη κοινών στόχων και επιδιώξεων. Σαν αποτέλεσμα παρατηρείται παντελής έλλειψη μηχανισμών παρακολούθησης και άσκησης ελέγχου των ιδιωτικών ιατρικών υπηρεσιών ενώ πρόσθετα παρατηρείται πλήρης απουσία στοιχείων για ρυθμούς αξιοποίησης των ιδιωτικών υπηρεσιών ή το είδος των ασθενειών όσων καταφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα. Γι αυτό και δεν υπάρχει πλήρης εικόνα των ασθενειών από τις οποίες υποφέρουν οι Κύπριοι πολίτες. Σαν αποτέλεσμα παρατηρείται διπλό-παροχή διευκολύνσεων και χαμηλή αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων του τομέα.
- 4.7. Κόστος ιδιωτικών υπηρεσιών αυξήθηκε υπερβολικά: Έρευνα από τους συμβούλους του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας έχει φέρει στην επιφάνεια σημαντικά στοιχεία για το κόστος των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας που δημιουργεί ανησυχίες για την μακροχρόνια εξέλιξη του κόστους παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Τα δεδομένα δείχνουν (**Πίνακας 10**) ότι οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας είναι πολύ πιο ακριβές ακόμα και από αυτές της Ελβετίας, αν οι αριθμοί που παρουσιάζονται είναι αντιπροσωπευτικοί της πραγματικότητας. Παρόμοια διερεύνηση για εργαστηριακές εξετάσεις έχει αποκαλύψει την ίδια εικόνα σε σύγκριση αυτή τη φορά με υπηρεσίες της Γερμανίας. Τα δεδομένα αυτά δείχνουν ότι δεν ισχύει πλέον η θέση ότι η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στην Κύπρο είναι φθηνή. Πιστεύεται ότι το πραγματικό κόστος είναι πολύ μεγαλύτερο, λόγω αδυναμίας των υπηρεσιών να συλλέξουν το πραγματικό κόστος της περίθαλψης στον ιδιωτικό τομέα λόγω ψηλής φορο-αποφυγής.
- 4.8. Αδυναμίες στη διοίκηση και χαμηλή αποδοτικότητα στη χρήση των πόρων ιδιαίτερα του δημόσιου τομέα. Η διοικητική δομή του Υπουργείου είναι απηργαιωμένη και τα δημόσια νοσοκομεία δεν έχουν ανεξάρτητη δομή και χωριστούς προϋπολογισμούς και επομένως δεν υπάρχουν πληροφορίες για το κόστος λειτουργίας των επί μέρους υπηρεσιών που προσφέρουν. Πρόσθετα τόσο οι δαπάνες για σκοπούς πρόληψης και δημόσιας υγείας όσο και οι δαπάνες για ερευνητική δραστηριότητα για ιατρικά θέματα είναι πολύ περιορισμένες.

Γι αυτό και το προτεινόμενο Σχέδιο Υγείας στόχο είχε να αντιμετωπίσει το πρόβλημα κάλυψης αλλά και να δώσει λύσεις σε πολλά από τα πιο πάνω αναφερόμενα προβλήματα και αδυναμίες όπως θα δούμε στο επόμενο μέρος της μελέτης.

Πίνακας 10: Σύγκριση τιμής διάφορων θεραπειών επεμβάσεων Κύπρου και Ελβετίας

Επεμβάσεις /διεργασίες	Κύπρος Τιμή €	Ελβετία Τιμή €
------------------------	------------------	-------------------

● Κολοноσκόπηση	393	238
● Οισοφαγικοί κισοί (ενέσεις)	684	235
● 24η παρακολούθηση pH	598	163
● Βιοψία ύπατος	684	157
● Τεστ κοπώσεως και υπερ-ηχοκαρδιογράφημα	290	144
● Τεστ κοπώσεως και υπερ-ηχοκαρδιογράφημα και φάρμακα	393	144
● Ηλεκτροκαρδιογράφημα	34	16

Πηγή: Στοιχεία συμβούλων, μελέτης Οργανισμού Ασφάλισης υγείας

5. **Γενικό Σχέδιο Υγείας (ΓΕΣΥ): Πρόνοιες νομοθεσίας του 2001 και προτάσεις για διαφοροποίηση του 2007:** Η εισαγωγή Εθνικού Σχεδίου Υγείας απασχόλησε πολλές κυβερνήσεις και κατά καιρούς το περιέλαβαν στα εκλογικά προγράμματά τους χωρίς όμως επιτυχία. Σοβαρή προσπάθεια ξεκίνησε επί κυβέρνησης Βασιλείου, που προσκάλεσε διεθνή ομάδα εμπειρογνομόνων. Η ομάδα ετοίμασε ολοκληρωμένες εισηγήσεις για ένα σχέδιο υγείας. Με βάση τις εισηγήσεις της μελέτης, η κυβέρνηση Κληρίδη, προώθησε νομοσχέδιο, που υιοθετήθηκε σε νόμο το 2001 (Νόμος 89(1) 2001). Στο σημείωμα αυτό θα περιγραφούν τα ακόλουθα:

- Βασική αρχές που διέπουν το Σχέδιο που εγκρίθηκε από τη Βουλή των Αντιπροσώπων.
- Κύριες πρόνοιες του Σχεδίου με βάση το νομοσχέδιο του 2001.
- Προτάσεις του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας για αλλαγές που υποβλήθηκαν προς τη βουλή.
- Εκτίμηση του κόστους εφαρμογής του Σχεδίου και των επιπέδων εισφορών που προβλέπονται.

Βασικές αρχές ασφαλιστικού Σχεδίου Υγείας

- 5.1. Βασικές αρχές που διέπουν το Σχέδιο που εγκρίθηκε από τη Βουλή των Αντιπροσώπων. Το Γενικό Σχέδιο Υγείας όπως εγκρίθηκε από τη βουλή το 2001 χαρακτηρίζεται από τις ακόλουθες βασικές αρχές
- Είναι ασφαλιστικό και καλύπτει έναντι της αβεβαιότητας ασθένειας (Άρθρα 18-21).
 - Είναι υποχρεωτικό για όλους τους Κύπριους πολίτες και επομένως προσφέρει καθολικότητα (Άρθρο 16).
 - Παρέχει ισότητα - τόσο στη χρηματοδότηση (Άρθρο 19 - συγκεκριμένο ποσοστό εισοδήματος), όσο και στη ελεύθερη επιλογή γιατρών, άλλων παροχών υπηρεσιών υγείας και νοσηλευτηρίων
 - Εξασφαλίζει κοινωνική αλληλεγγύη με ψηλότερες συνεισφορές των εύπορων εισοδηματικών ομάδων (Άρθρο 19- ποσοστό εισφοράς πάνω στο σύνολο των εισοδημάτων).
 - Στοχεύει περιορισμό του κόστους με συγκεκριμένες πρόνοιες για συγκράτηση των δαπανών λειτουργίας του σχεδίου (διάφορα άρθρα).
 - Στοχεύει στη προσφορά ψηλής ποιότητας ιατροφαρμακευτική περίθαλψη με ενθάρρυνση συνθηκών ελεγχόμενου ανταγωνισμού μεταξύ των παροχών υπηρεσιών υγείας του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα και πρόνοιες για προτυπα.
- 5.2. Κύριες πρόνοιες Νόμου 89(1) του 2001 - εισαγωγή Γενικού Σχεδίου Υγείας: Ο Νόμος 89(1) του 2001 για την εισαγωγή Γενικού Σχεδίου Υγείας περιέχει τις ακόλουθες κύριες πρόνοιες:
- Δημιουργία ανεξάρτητου οργανισμού (Άρθρα 3-11)

- Διοικείται από Διοικητικό Συμβούλιο στο οποίο παρακάθονται εκπρόσωποι Κυβέρνησης, εργοδοτών, εργατικών συνδικάτων και αυτοτελώς εργαζομένων (Άρθρο 5).
- Δημιουργία εξειδικευμένων επιτροπών, που βοηθούν το συμβούλιο στην άσκηση των αρμοδιοτήτων του (Άρθρο 14 - δημιουργία Επιστημονικών Επιτροπών για Φάρμακα, Ιατροτεχνικό εξοπλισμό, προμηθειών κλπ.).
- Προβλέπεται σύσταση Ειδικής Συμβουλευτικής Επιτροπής στην οποία εκπροσωπούνται τα διάφορα συμφέροντα δικαιούχων και εισφορέων για να παρέχει συμβουλές σε θέματα που τους αφορούν (Άρθρο 15)
- Δημιουργία ξεχωριστού ταμείου χρηματοδότησης του σχεδίου και του οργανισμού (Άρθρο 18).
- Συνεισφορές στο Ταμείο του σχεδίου είναι:
 - Όλοι οι εργαζόμενοι που συνεισφέρουν στο σχέδιο κοινωνικών ασφαλίσεων (εργοδοτούμενοι, αυτοεργοδοτούμενοι και εργοδότες) (Άρθρο 19),
 - Συνταξιούχοι (Άρθρο 19 (δ)),
 - Εργοδότες για όσους εργοδοτούν (Άρθρο 19 (β))
 - Άλλοι εισοδηματίες (περιλαμβανομένων μη κερδαινομένων εισοδημάτων από τόκους ενοίκια κλπ.) (Άρθρο 19 (ε) και (στ)),
 - Κυβέρνηση με γενική συνεισφορά για όλους τους συνεισφορείς και για στρατιώτες ανέργους κλπ. (Άρθρο 19 (ζ))
- Συνεισφορά ποσοστό του εισοδήματος (Άρθρο 19) και υπολογίζεται πάνω στο σύνολο των αποδοχών/ εισοδημάτων των συνεισφερόντων, χωρίς περιορισμό (Άρθρο 19 (α))
- Δικαιούχοι (Άρθρα 16 και 21)
 - Κάθε πολίτης της Δημοκρατίας που είναι μόνιμος κάτοικος και τα εξαρτώμενα άτομα,
 - Όλοι οι συνεισφορείς και τα εξαρτώμενα άτομα
 - Όσοι επιλέγουν εθελοντική συμμετοχή (Άρθρο 21)
- Επιλογή γιατρού (Άρθρο 26 (2)β) και οδοντογιατρού (Άρθρο 33) είναι ελεύθερη για τους ασθενείς. Οι δικαιούχοι έχουν δυνατότητα αλλαγής προσωπικού γιατρού (Άρθρο 27).
- Ο οργανισμός δεν προσφέρει ο ίδιος υπηρεσίες υγείας αλλά αγοράζει υπηρεσίες τόσο από το δημόσιο όσο και τον ιδιωτικό τομέα. (Άρθρο 35).
 - Για το σκοπό αυτό συμβάλλεται με προμηθευτές υπηρεσιών (γιατρούς, νοσηλευτήρια, αναλυτικά εργαστήρια, ακτινογραφικές υπηρεσίες κλπ.)
 - Σε εξαιρετικές περιπτώσεις ο Οργανισμός δύναται να αγοράζει φαρμακευτικά και άλλα ιατρικά προϊόντα περιλαμβανομένων προσθετικών και εμφυτευμάτων για καλύτερη εξυπηρέτηση των συμφερόντων του Οργανισμού (Άρθρο 39)
- Το σύστημα βασίζεται στους προσωπικούς γενικούς γιατρούς που αποτελούν το σημείο πρώτης επαφής των ασθενών και εξασκούν έλεγχο στη χρήση των άλλων ιατρικών υπηρεσιών και νοσηλευτηρίων με το σύστημα παραπομπής (Άρθρα 22 μέχρι 31).
 - Εξαιρούνται
 - Περιπτώσεις ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών (Άρθρο 29(2)). .

- Παιδιατρικά περιστατικά για τα οποία η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από παιδίατρος στους οποίους εγγράφονται όλα τα άτομα κάτω των 15 χρόνων (Άρθρο 26 (3)).
 - Περιπτώσεις τις οποίες καθορίζει ο Οργανισμός μετά από διαβουλεύσεις με το Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο και τον Παγκύπριο Οδοντιατρικό Σύλλογο- αφορά το αίτημα για άμεση πρόσβαση θηλέων ασθενών σε γυναικολόγους για γυναικολογικά περιστατικά (Άρθρο 29 (2)).
- Τα επίπεδα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας ελέγχονται μέσω:
- συνταγών και παραπομπών (Άρθρο 34(2)α) κλινικών πρωτοκόλλων (β) επιθεώρηση αρχείων ασθενών (γ)
 - ελάχιστων κλινικών επιπέδων και προτύπων θεραπευτικής αγωγής (Άρθρο 35)
 - Επίτροπου Εποπτείας στον οποίο υποβάλλονται παράπονα για παραλείψεις στην παροχή εξυπηρέτησης (Άρθρο 42-47)
 - Επιτροπής Ελέγχου για διασφάλιση ψηλού επιπέδου ιατρικής φροντίδας (Άρθρο 60)
 - πρόνοιας για ασφαλιστική κάλυψη των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας για αποζημιώσεις έναντι αμέλειας (Άρθρο 56), από ανεξάρτητο ασφαλιστικό ίδρυμα ή οργανισμό.
 - προνοιών σε διάφορα άρθρα για επιθεωρήσεις των υποστατικών των προμηθευτών
- Για εξάσκηση ελέγχου πάνω στο κόστος του σχεδίου προνοούνται τα ακόλουθα:
- Σφαιρικός προϋπολογισμός για χρηματοδότηση Σχεδίου Υγείας. Εξυπακούει περιορισμό συνολικής δαπάνης για κάθε είδους υπηρεσία μέσα στα πλαίσια εγκεκριμένου ετήσιου προϋπολογισμού. Για οποιαδήποτε υπηρεσία που υπάρχει υπέρβαση του εγκεκριμένου ποσού, τότε μειώνονται ανάλογα τα τέλη (Άρθρο 48).
 - Σύστημα πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας (προσωπικού γιατρού), που ενεργεί ως το πρώτο σημείο επαφής του ασθενή με τις υπηρεσίες υγείας και έχει την ευθύνη του ελέγχου στη χρήση των υπηρεσιών υγείας με την εφαρμογή του συστήματος παραπομπής σε γιατρό ειδικότητας, άλλες υπηρεσίες υγείας και νοσηλευτήρια (Άρθρο 29).
 - Περιορισμένος κατάλογος φαρμάκων (Άρθρο 28(γ)).
 - Εξάσκηση ελέγχου από τον Οργανισμό για συνταγές, παραπομπές, καταλόγων ασθενών κλπ. (Άρθρο 34)
 - Εξάσκηση εξωτερικού ελέγχου από την υπηρεσία του Γενικού Ελεγκτή της Δημοκρατίας (Άρθρο 51).
 - Δημιουργία Ιατροσυμβουλίου (Άρθρο 59) που εξασκεί έλεγχο για
 - αναγκαιότητα μετάβασης ασθενών στο εξωτερικό
 - σκοπιμότητα παροχής δαπανηρής ή αμφιβόλου αποτελεσματικότητας θεραπείας και φαρμάκων
 - Επίσης υπάρχει πρόνοια για προστασία της βιωσιμότητας του οργανισμού σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης όπως: επιδημιών, σεισμών, πλημμυρών, συρράξεων, πολεμικών επιχειρήσεων κι άλλων παρόμοιων περιστατικών. Τότε το κράτος αναλαμβάνει τις επιπλέον δαπάνες για να διατηρήσει ο οργανισμός τη οικονομική ευρωστία του (Άρθρο 48 (3)).
- Παρεχόμενη φροντίδα: Η παρεχόμενη από το ΕΣΥ φροντίδα περιλαμβάνει (Άρθρα 28 και 32):

- Υπηρεσίες γενικής ιατρικής από τους προσωπικούς γιατρούς περιλαμβανομένης κατ' οίκον περίθαλψη (Άρθρο 28 -1 (α) και (η)).
- Υπηρεσίες ιατρικής ειδικοτήτων (Άρθρο 28 -1 (α)).
- Ενδονοσοκομειακή περίθαλψη (εξαιρουμένης της χρόνιας ψυχιατρικής ή ιδρυματικής φροντίδας) (Άρθρο 28-1 (ε)).
- Διαγνωστικές και παρακλινικές εξετάσεις (Άρθρο 28 -1 (β)).
- Παραϊατρικές υπηρεσίες που συστήνονται από τους γιατρούς (Άρθρο 28-1 (δ)).
- Φάρμακα (Άρθρο 28 1 (γ)).
- Υπηρεσίες αποκατάστασης, περιλαμβανομένων προσθετικών (Άρθρο 28-1 (ζ)).
- Προληπτική οδοντιατρική για παιδιά μέχρι 15 ετών (Άρθρο 28-1 (στ)).
- Μεταφορά ασθενούς αν το απαιτεί η κατάσταση της υγείας του (Άρθρο 28-1 (θ)).
- Θεραπεία στο εξωτερικό, η οποία θα χρηματοδοτείται από ειδικό λογαριασμό του Ταμείου για οποιαδήποτε περίθαλψη που δεν προσφέρεται επιτόπια (Άρθρο 32)

▪ Προϋποθέσεις:

Η εισαγωγή του σχεδίου εξυπακούει:

- Ανεξαρτησία των δημόσιων νοσηλευτηρίων και 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)).
- Το κράτος θα εξακολουθήσει να είναι υπεύθυνο για τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας και τις ψυχιατρικές και οδοντιατρικές υπηρεσίες που δεν καλύπτει το ΕΣΥ.
- Θα προσφερθούν ολοκληρωμένα εντατικά προγράμματα εκπαίδευσης των προσωπικών γιατρών πριν τη εφαρμογή του σχεδίου (Άρθρο 24).
- Κατάργηση των υφιστάμενων Ταμείων Υγείας μετά την πλήρη εφαρμογή του Σχεδίου Υγείας (Άρθρο 67).
- Προστασία των δικαιωμάτων των εργαζομένων στα δημόσια νοσηλευτήρια (Άρθρο 65 α και β).

5.3. Κόστος ΓΕΣΥ Το συνολικό κόστος (δημόσιος και ιδιωτικός τομέας μαζί) παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στη Κύπρο έχει αυξηθεί σημαντικά και έχει ξεπεράσει το 6% του ΑΕΠ. Τα χρόνια 2004-2006 υπολογίστηκε σε 6.3% του ΑΕΠ. Αναλυτικά στοιχεία παρέχονται πιο πάνω για τους διαθέσιμους πόρους και τους δείκτες για την παρεχόμενη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στην Κύπρο. Σ' ότι αφορά το κόστος του σχεδίου υγείας η ομάδα των εμπειρογνομόνων που ασχολήθηκε με το σχέδιο υγείας προχώρησε σε λεπτομερή εκτίμηση του. Η αρχική εκτίμηση αφορούσε το 1992. Μετά από ειδική επισκόπηση των νοικοκυριών και λεπτομερή εξέταση των κρατικών δαπανών, διαφάνηκε ότι οι πραγματικές δαπάνες για την υγεία ήταν μεγαλύτερες από ότι δημοσίευε το Τμήμα Στατιστικής. Η πραγματική συνολική δαπάνη του 1992 υπολογίστηκε σε £151 εκατ. ή 5% του ΑΕΠ σε σχέση με £142 εκατ. ή 4.6% του ΑΕΠ που ήταν η εκτίμηση του Τμήματος Στατιστικής. Οι κύριες διαφορές αφορούν στις δαπάνες για συντάξεις και τη διοίκηση του συστήματος υγείας που δεν κατανέμονταν στο Υπουργείο Υγείας αλλά παρουσιάζονταν ως δαπάνες του Υπουργείου Οικονομικών. Με βάση τη μελέτη τους οι εμπειρογνώμονες κατέληξαν ότι με την

εφαρμογή του σχεδίου το κόστος των υπηρεσιών που θα κάλυπτε το σχέδιο θα ανερχόταν σε £108 εκατ. με τα δεδομένα του 1992. Ταυτόχρονα παραδέχθηκαν ότι με την εισαγωγή του, το σχέδιο θα δημιουργούσε διαφοροποιήσεις στη συμπεριφορά τόσο των ασθενών όσο και των προμηθευτών που θα κατέληγαν σε μια αύξηση του κόστους στα £126 εκ. περιλαμβανομένου του διοικητικού κόστους (5% του κόστους ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης). Οι σύμβουλοι εκτίμησαν ότι με ποσοστό 10.5% πάνω στο συνολικό εθνικό μισθολόγιο θα δημιουργηθεί ικανοποιητικό εισόδημα για να καλυφθεί το κόστος του σχεδίου (£126 εκατ.). Επειδή το σχέδιο δεν περιλαμβάνει το σύνολο των δαπανών για την υγεία (για παράδειγμα δεν καλύπτει το κόστος του Υπουργείου Υγείας, τις κεφαλαιουχικές δαπάνες για επενδύσεις, μέρος του κόστους δημόσιας υγείας, μέρος της οδοντοϊατρικής περίθαλψης, τα φάρμακα που δίνονται χωρίς συνταγή, μέρος της ψυχιατρικής περίθαλψης κλπ.) ήταν φυσικό η εκτίμηση να δείξει κόστος που ήταν μικρότερο από τις συνολικές δαπάνες για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στη Κύπρο. Να σημειωθεί ότι το κόστος του σχεδίου εκτιμήθηκε με βάση τον κατά κεφαλή μέσο όρο αριθμό επισκέψεων σε γιατρό, των ημερών παραμονής σε νοσηλευτήριο, τις συνταγές για φάρμακα και εκτιμήσεις του μέσου κόστους του κάθε επί μέρους στοιχείου (**Πίνακας 11**), μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε και στις επόμενες εκτιμήσεις κόστους. Η ομάδα εμπειρογνομόνων επανήλθε για επανεκτίμηση του κόστους του Σχεδίου Υγείας το 1996, όταν το Υπουργείο προχωρούσε στην ετοιμασία νομοσχεδίου για το σκοπό. Τα αποτελέσματα των εκτιμήσεων του 1996 έφεραν σε φως αλλαγές της συμπεριφοράς των ασθενών για επισκέψεις σε γιατρό και παραμονή σε νοσηλευτήρια. Οι κύριες διαφορές που προέκυψαν φαίνονται στον **Πίνακα 11** και είναι οι ακόλουθες:

- Μικρότερος αριθμός επισκέψεων σε γενικούς γιατρούς στο δημόσιο τομέα
- Μικρή αύξηση των επισκέψεων κατά άτομο σε γενικούς γιατρούς του ιδιωτικού τομέα
 - Τα δυο μαζί καταλήγουν σε μείωση του μέσου αριθμού επισκέψεων σε γενικούς γιατρούς με επιπτώσεις για το συνολικό κόστος του σχεδίου
- Επιβεβαίωση
 - μέσου αριθμού επισκέψεων σε ειδικούς
 - μέσης παραμονής στα δημόσια νοσηλευτήρια
- Μείωση του μέσου αριθμού ημερών παραμονής σε νοσηλευτήρια του ιδιωτικού τομέα
 - καταλήγει σε μείωση του συνολικού κόστους της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης του σχεδίου
- Μικρότερος αριθμός επισκέψεων σε γενικούς γιατρούς στο δημόσιο τομέα κατέληξε σε μείωση του μέσου αριθμού συνταγών κατά άτομο στο δημόσιο τομέα.
 - με μείωση του κόστους του σχεδίου.
 - Δεν έχουν δοθεί αναλυτικά οι αριθμοί των ακτινολογικών εξετάσεων και θεραπειών για το 2002 για σκοπούς ανάλυσης και εκτίμησης των επιπτώσεων

Αποτέλεσμα των νέων στοιχείων που προέκυψαν το 1996 (επιβεβαιώθηκαν το 2002) σε συνδυασμό με την ταυτόχρονη μεγάλη αύξηση του εθνικού μισθολογίου, επέτρεψαν την ουσιαστική αναθεώρηση της εκτίμησης του κόστους του σχεδίου προς τα κάτω και κατά συνέπεια και του ποσοστού συνεισφοράς για τους δικαιούχους. Το αναθεωρημένο ποσοστό του μισθολογίου που απαιτείτο για να καλυφθεί το κόστος του σχεδίου ήταν 9.1% για το 1996, ουσιαστικά πιο κάτω από την εκτίμηση 10.5%

του 1992. Η εκτίμηση του κόστους του εθνικού σχεδίου υγείας το 1996, ανήρθε σε £187 εκ. σε σχέση με συνολικές δαπάνες για την Υγεία της τάξης των £227 εκατ. ή 5.5% του ΑΕΠ.

Πίνακας 11: Αριθμοί επισκέψεων σε γιατρούς, εργαστηριακών αναλύσεων, συνταγών, ακτινολογικών εξετάσεων και μέρες νοσηλείας κατά άτομο στη Κύπρο.

Μέσος αριθμός κατά άτομο	1992	1996 και 2002
<u>Επισκέψεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης</u>	<u>4.23</u>	<u>3.66</u>
Δημόσιος τομέας	1.55	0.92
Ιδιωτικός τομέας	2.68	2.74
<u>Επισκέψεις σε ειδικούς</u>	<u>1.80</u>	<u>1.79</u>
Δημόσιος τομέας	0.81	0.82
Ιδιωτικός τομέας	0.99	0.97
Σύνολο επισκέψεων	6.03	5.45
<u>Μέρες νοσοκομειακής περίθαλψης</u>		
Δημόσιος τομέας	0.48	0.48
Ιδιωτικός τομέας	0.27	0.13
Σύνολο	0.75	0.61
Αριθμός συνταγών		
<u>Πρωτοβάθμιας περίθαλψης</u>	<u>3.15</u>	<u>2.89</u>
Δημόσιος τομέας	1.01	0.62
Ιδιωτικός τομέας	2.14	2.27
<u>Ειδικών</u>	<u>1.22</u>	<u>1.29</u>
Δημόσιος τομέας	0.53	0.55
Ιδιωτικός τομέας	0.69	0.74
Σύνολο επισκέψεων	4.37	4.18
<u>Αριθμός εργαστηριακών αναλύσεων και ακτινογραφιών</u>	<u>2.01</u>	<u>Μ.δ.</u>
Δημόσιος τομέας	1.16	
Ιδιωτικός τομέας	0.85	

Πηγή: a) Proposals for \national Health Insurance Scheme, page 59, by consultancy team September 1992, and b) A study of the costs of the National health insurance scheme Republic of Cyprus, page 32, by William Hsiao and Melitta Jakab July 2003

Ο νόμος του 2001 για το Εθνικό Σχέδιο Υγείας στηρίχθηκε στη μελέτη του 1996 όσον αφορά την εκτίμηση του συνολικού κόστους, γι' αυτό και οι συνεισφορές που προτάθηκαν στο νόμο πήραν τη μορφή κατά κατηγορία εισφορών και εισοδηματιών που φαίνονται στο **Πίνακα 12**. Η κατανομή των εισφορών βασίστηκε και σε κοινωνικά κριτήρια ιδιαίτερα για την περίπτωση των συνταξιούχων. Να σημειωθεί ότι η νομοθεσία προβλέπει καταβολή συνεισφοράς από όλα τα είδη εισοδήματος, περιλαμβανομένων μη κερδαινομένων εισοδημάτων όπως ενοικίων και τόκων. Η Βουλή εγκρίνοντας το νόμο το 2001 ζήτησε από το Υπουργείο Υγείας να προβεί σε επανεκτίμηση του κόστους του σχεδίου, γιατί η μελέτη του 1996 ήταν ήδη ξεπερασμένη. Το 2002 κλήθηκε και πάλι ο διεθνής εμπειρογνώμονας αναλογιστής κος Hsiao, με όρους εντολής να προβεί σε επανεκτίμηση του κόστους του σχεδίου όπως είχε εγκριθεί από τη βουλή. Η νέα επανεκτίμηση υποβλήθηκε το 2003, στηρίχθηκε στα δεδομένα του 2002 και επαναβεβαίωσε τα ευρήματα της μελέτης του

1996 όσον αφορά τις κύριες παραμέτρους του σχεδίου, δηλαδή τα στοιχεία για τον μέσο αριθμό επισκέψεων, συνταγών, ημερών νοσηλείας σε νοσηλευτήρια και το συνολικό κόστος του σχεδίου. Η εισήγηση του 1996 για ποσοστά συνεισφοράς πάνω στο μισθολόγιο (9.1%) επιβεβαιωνόταν.

Πίνακας 12: Κατανομή εισφορών κατά είδος εισοδήματος

Κατηγορία	Ασφαλισμένου	Εργοδότη	Κράτους
	%	%	%
Μισθωτοί (9.1.%)	2,00	2,55	4,55
Αυτοεργοδοτούμενοι (8,1%)	3,55	-	4,55
Συνταξιούχοι (6,55%)	2,00	-	4,55
Εισοδηματίες (2%)	2,00	-	-

Σημειώσεις:

- Για τους συνταξιούχους με μηνιαία σύνταξη κάτω των 300 λιρών τη συνεισφορά του 2% πληρώνει το κράτος
- Για συνταξιούχους με μηνιαία σύνταξη κάτω των 500 λιρών πληρώνουν εισφορά 2% μόνο πάνω στη διαφορά μεταξύ 300 και 500 λιρών.
- Η εισφορά θα είναι ποσοστό του συνολικού μισθού, άλλου εισοδήματος ή της σύνταξης, ανάλογα με την περίπτωση.

Τονίστηκαν κάποιες διαφοροποιήσεις στις δαπάνες, που όμως δεν αλλοίωσαν το πιο πάνω συμπέρασμα.

- Σημειώθηκαν μεγάλες αυξήσεις στις δαπάνες για:
 - εργαστηριακές αναλύσεις στο δημόσιο τομέα
 - ραδιολογικές εξετάσεις στο δημόσιο τομέα
 - φαρμακευτικά προϊόντα
 - αποστολή ασθενών στο εξωτερικό
 - παραπομπή ασθενών που δικαιούνται ιατροφαρμακευτική περίθαλψη δωρεάν στο δημόσιο τομέα σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας
 - μικροχειρουργικές επεμβάσεις χωρίς παραμονή σε νοσηλευτήριο
- Μειώθηκε η σημασία των δαπανών για παραμονή σε νοσηλευτήρια

Με βάση τα πιο πάνω το συνολικό κόστος εφαρμογής του σχεδίου υπολογίστηκε σε £298εκατ. σε σχέση με συνολικές δαπάνες υγείας £396 εκατ. το 2002, στοιχείο που δείχνει μεγάλη αύξηση στις δαπάνες για υπηρεσίες που δεν καλύπτει το σχέδιο όπως δημόσια υγεία, οδοντιατρικά, μακροχρόνια ψυχιατρικά περιστατικά, διοικητικά έξοδα των δημόσιων υπηρεσιών υγείας κλπ.

Ταυτόχρονα ο εμπειρογνώμονας προχώρησε και έκαμε αριθμό εισηγήσεων μερικές από τις οποίες λήφθηκαν υπόψη στις προτάσεις που υπέβαλε ο οργανισμός για αλλαγές στη νομοθεσία. Οι εισηγήσεις του αφορούσαν τα ακόλουθα:

- Αυστηρή πρόνοια για περιορισμό των δαπανών στο επίπεδο των ετήσιων εσόδων του οργανισμού από εισφορές
- Ο οργανισμός να προβαίνει σε μακροχρόνιες προβλέψεις για το επίπεδο των εσόδων και δαπανών του σχεδίου αποδεικνύοντας τη βιωσιμότητά του
- Προσδιορισμός στο νόμο των ιατρικών υπηρεσιών που δεν θα καλύπτονται από το σχέδιο για αποστολή ασθενών στο εξωτερικό

- Ενδυνάμωση των προνοιών του νόμου που θα προσδίδουν στον οργανισμό ελαστικότητα στις διαπραγματεύσεις με τους προμηθευτές υπηρεσιών με πρόνοιες για ανταγωνιστικές διαδικασίες προσφορών για αντιμετώπιση της δύναμης των οργανωμένων ομάδων των προμηθευτών.
- Κατάργηση της πρόνοιας για αγορά υπηρεσιών προσωπικού γιατρού από το δημόσιο τομέα γιατί αυτό αντίκειται στους στόχους για υψηλή ποιότητα υπηρεσιών.
- Ενδυνάμωση του συστήματος παραπομπής από τους γενικούς γιατρούς στους ειδικούς γιατί είναι αποφασιστικό στοιχείο στον περιορισμό του κόστους του σχεδίου.
- Ενδυνάμωση των προνοιών για το κατάλογο των φαρμάκων για χρήση γενερικών φαρμακευτικών σκευασμάτων και δημιουργία συστήματος τιμών αναφοράς.
- Ταχεία αναδόμηση των δημόσιων ιατρικών υπηρεσιών και εισαγωγή καλού συστήματος κοστολόγησης των δημόσιων ιατρικών υπηρεσιών
- Ανεξαρτητοποίηση των δημόσιων νοσοκομείων και ορθολογική λειτουργία τους με βάση σύγχρονα συστήματα διαχείρισης.

6. **Προτάσεις Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας για διαφοροποιήσεις του Νόμου 89(1)**

του 2001: Διαχρονικά έγιναν τροποποιήσεις περιορισμένης κλίμακας στη νομοθεσία. Το 2007 όμως ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας μετά από εντατική διαβούλευση με τις εμπλεκόμενες οργανώσεις κατέθεσε στη Βουλή προτάσεις για αλλαγές στη νομοθεσία που διαφοροποιούν το σχέδιο υγείας ουσιαστικά. Οι κυριότερες είναι:

- Προστίθεται ένα νέο μέλος στο Διοικητικό Συμβούλιο που είναι εκπρόσωπος των ασθενών (Νέο Άρθρο 5).
- Προστίθενται νέες ομάδες δικαιούχων με στόχο να περιληφθούν οι ομάδες που έμειναν έξω αρχικά όπως:
 - δικαιούχοι δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σήμερα, που αναφέρονται στο παράρτημα του νομοσχεδίου (νέο Άρθρο 16 (1) δ).
 - για τις ομάδες αυτές γίνεται πρόνοια για συνεισφορές από το Πάγιο Ταμείο της Δημοκρατίας, εφόσον δεν καλύπτονται από άλλη συνεισφορά (νέο Άρθρο 19 η).
 - πολίτες άλλων χωρών μελών της ΕΕ που διακινούνται εντός της ΕΕ, με βάση το κανονισμό 1408/71/ΕΟΚ περί της εφαρμογής των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης
 - εργαζόμενοι στις Βρετανικές Βάσεις που πληρώνουν με βάση την υφιστάμενη νομοθεσία στο Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων (νέο Άρθρο 16 (1) στ).
- Γίνονται προσθήκες στο κατάλογο ασθενειών που καλύπτονται από το σχέδιο (νέο άρθρο 22)
 - Φροντίδα υγείας από νοσηλευτές και μαίες (22 (2) δ).
 - Ανακουφιστική φροντίδα υγείας (22 (2) ε)..
 - Προληπτική οδοντιατρική για παιδιά μέχρι 16 ετών (22 (2) η).
 - Οδοντιατρικός καθαρισμός σε ειδικές ομάδες (καθορίζονται σε κανονισμούς- 22 (2) η).
 - Υπηρεσίες φροντίδες υγείας σε περίπτωση ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών (22 (2) ιβ).
 - Ψυχιατρική νοσηλεία και υποχρεωτική ψυχιατρική νοσηλεία εντός ασφαλών ψυχιατρικών κέντρων κράτησης μέχρι τρεις μήνες (22 (3)).

- Υπηρεσίες, που καθορίζονται στο νόμο, παρέχονται μόνο από συμβεβλημένους με τον Οργανισμό παροχείς (Άρθρο 22 (5)) που ικανοποιούν τα κριτήρια που θέτει ο Οργανισμός (διάφορα άρθρα).
- Ελευθερία επιλογής ασθενών αναφέρεται συγκεκριμένα στη νέα νομοθεσία για προσωπικό γιατρό (νέο Άρθρο 26 (1)), γιατρούς ειδικοτήτων (νέο Άρθρο 28 (2)), οδοντογιατρούς (νέο Άρθρο 29 (2)).
- Οι προσωπικοί γιατροί τηρούν ιατρικά αρχεία για κάθε δικαιούχο εγγεγραμμένο στον κατάλογο τους για την παρεχόμενη φροντίδα. (ν. άρθρο 25(1)ζ)
- Διαφοροποιείται η δυνατότητα παραπομπής
 - Επιτρέπεται η άμεση πρόσβαση σε ειδικό γιατρό υπό την προϋπόθεση ότι ο ασθενής θα καταλάβει ειδική πληρωμή για το προνόμιο αυτό(νέο Άρθρο 28 (2) α(ιι)) τόσο για την επίσκεψη όσο και για οποιοσδήποτε άλλες υπηρεσίες φροντίδας υγείας προκύπτουν από την αρχική επίσκεψη.
 - Επιτρέπεται η άμεση πρόσβαση σε ειδικό γιατρό σε εξαιρετικές περιπτώσεις, μετά από ενέργεια του ασθενή υπό την προϋπόθεση ότι θα γίνουν ρυθμίσεις από τον οργανισμό σε συνεννόηση με τον ΠΙΣ (νέο Άρθρο 28 (2) α(ιι))
- Διευκρινίζεται ότι η πρόσβαση σε οδοντογιατρό γίνεται άμεσα από τον ασθενή (νέο Άρθρο 29 (2)).
- Κατηγορίες ασθενειών που καλύπτονται στο εξωτερικό προσδιορίζονται με κανονισμούς του Οργανισμού (νέο Άρθρο 33 (3)).
- Επιτρέπεται στον Οργανισμό να αγοράζει σε εξαιρετικές περιπτώσεις που θα καθορίζονται με ειδικούς κανονισμούς και να θέτει σε κυκλοφορία ιατροτεχνολογικά προϊόντα και αναλώσιμα είδη περιλαμβανομένων προσθετικών και εμφυτευμάτων λαμβάνοντας υπόψη τα συμφέροντα του Οργανισμού (νέα Άρθρα 34 (1) και 35 (1)).
- Εισάγεται πρόνοια για παρέμβαση του Υπουργού Υγείας στο καταρτισμό του καταλόγου των φαρμακευτικών προϊόντων που θα περιλαμβάνονται και του κόστους που θα καταβάλλεται (νέο Άρθρο 34 (5)).
- Εισάγεται πρόνοια ότι οι δαπάνες του Οργανισμού δεν μπορούν να υπερβούν τα ετήσια έσοδα του Οργανισμού (νέο Άρθρο 48 (2)).

Οι πιο πάνω αλλαγές δημιουργούν εύλογα ερωτήματα για τη βιωσιμότητα του σχεδίου καθώς εισάγουν:

- παραπέρα χαλάρωση στις παραπομπές και διαφοροποιούν τη πρόσβαση του ασθενή πράγμα που εξυπακούει μειωμένο ρόλο γενικού προσωπικού γιατρού.
- εμπλοκή των ασθενών δικαιούχων στο Διοικητικό Συμβούλιο του Οργανισμού με πιθανές επιπτώσεις πάνω στο κόστος λειτουργίας
- διατήρηση της δυνατότητας αγοράς υπηρεσιών γενικού γιατρού από τις δημόσιες υπηρεσίες
- δυνατότητες για τον οργανισμό να αγοράζει ο ίδιος απευθείας φάρμακα και άλλα προσθετικά δημιουργώντας ανησυχίες για πιθανές παρεμβάσεις με τον ίδιο τρόπο που μέχρι τώρα λειτουργούσαν οι φαρμακευτικές υπηρεσίες του κράτους
- διακριτική ευχέρεια στον Υπουργό να παρεμβαίνει και να εισάγει άλλα κριτήρια από τα επιστημονικά δεδομένα και αποτελεσματικότητα των φαρμάκων και άλλων υλικών που θα χρησιμοποιούνται.

Παράλληλα όμως υιοθετήθηκε η εισήγηση του κου Χσιαο για:

- Ενδυνάμωση των προνοιών ούτως ώστε οι δαπάνες να μην ξεπερνούν τα ετήσια έσοδα.

Πρόσθετα θα πρέπει να σημειωθούν ότι δεν προωθήθηκαν προαπαιτούμενα όπως:

- αναδόμηση των υπηρεσιών του δημόσιου τομέα

- ανεξαρτητοποίηση των δημοσίων νοσηλευτηρίων και μετατροπή τους σε αυτόνομα κέντρα διαχείρισης και κοστολόγησης
- δημιουργία υποδομής για συνεχή αποτίμηση του κόστους λειτουργίας του σχεδίου και πιο μακροχρόνια πρόβλεψη της εξέλιξης του.

**Συμεών Μάτσης,
Δεκέμβριος 2008
Λευκωσία**