

Περιγραφική Ανάλυση του Συστήματος Υγείας της Κύπρου στη Βάση των Κυριότερων Θεωριών Κράτους Πρόνοιας

Ανδρέας Χαραλάμπους,¹ Σωκράτης Σωκράτους²

Cyprus health care system

Abstract at the end of the article

¹ PhD, MSc, BSc, RN, Λέκτορας,
Σχολή Επιστημών Υγείας,
Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό
Πανεπιστήμιο Κύπρου, Κύπρος
² RGN, RMN, PG, BSc, MSc, Ενταγμένος
Λέκτορας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα
Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο
Κύπρου, Κύπρος

Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Υποβλήθηκε: 24.9.2008
Επανυποβλήθηκε: 13.3.2009
Εγκρίθηκε: 30.3.2009

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Ανδρέας Χαραλάμπους
Κολοκοτρώνη 59, Αγία Τριάδα
3032 Λεμεσός, Κύπρος
Τηλ.: +357 99 693 478
e-mail: a.charalambous@hotmail.co.uk

Στην Κύπρο, δεν υπάρχει εθνικό σύστημα υγείας με καθολική κάλυψη του πληθυσμού, αλλά ένας συνδυασμός δημόσιων και ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας. Διάφοροι κοινωνικοοικονομικοί και πολιτικοί παράγοντες έχουν καθορίσει, σε σημαντικό βαθμό, τόσο την τυπολογία όσο και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του Κυπριακού Συστήματος Υγείας (ΣΥ). Αυτό το άρθρο αποτελεί μια περιγραφική ανάλυση του ΣΥ της Κύπρου στη βάση των κυριότερων θεωριών κράτους πρόνοιας, για τη διερεύνηση των θεμελιωδών αρχών που το διαπνέουν. Η εργασία δεν αναφέρεται εκτεταμένα στις θεωρίες αυτές, αλλά συζητούνται τα στοιχεία τους εκείνα που σχετίζονται με το ΣΥ, ενώ εξετάζεται και κατά πόσο οι αρχές αυτές εφαρμόζονται στην καθημερινή πράξη. Εξετάζοντας το Κυπριακό ΣΥ, αν εκπληρώνει τους στόχους του στη βάση των θεμελιωδών αρχών κράτους πρόνοιας που το διαπνέουν, διαπιστώνεται μια σειρά από ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, αλλά και πολλά προβλήματα, αδυναμίες και ιδιομορφίες, σε βάρος της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητάς του. Το ΣΥ αποτελεί ένα μείγμα υποσυστημάτων και μοντέλων. Το πρώτο υποσύστημα τύπου Beveridge αποτελούν οι υπηρεσίες του δημόσιου τομέα με τις θεμελιώδεις αρχές του κοινωνικού κράτους πρόνοιας και το δεύτερο υποσύστημα αφορά στις υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα με τις αρχές του νεοφιλελεύθερου «μοντέλου αγοράς». Οι δύο ακραίες περιπτώσεις δημιουργούν σοβαρές αδυναμίες ως προς την οργάνωση και τη λειτουργία του ΣΥ.

Λέξεις ευρετηρίου: Θεωρίες κράτους πρόνοιας, Κύπρος, σύστημα υγείας

Εισαγωγή

Με βάση τον τρόπο οργάνωσης, χρηματοδότησης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας δημιουργήθηκαν τα πρώτα συστήματα υγείας (ΣΥ).¹ Ο τρόπος παροχής της φροντίδας υγείας είναι διαφορετικός σε κάθε ιστορική περίοδο και συναρτάται με τα κοινωνικά και τα οικονομικά συστήματα που συγκροτούν και

καθορίζουν τις ανθρώπινες κοινωνίες.^{2,3} Αυτό σημαίνει ότι η οργάνωση και η ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας αντανακλούν τη γενικότερη πολιτική, την κοινωνικοοικονομική φιλοσοφία και την ιδεολογία κάθε εποχής και κάθε κοινωνίας, αλλά και τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού.

Στην Κύπρο, δεν υπάρχει εθνικό σύστημα υγείας (ΕΣΥ) με καθολική κάλυψη του πληθυσμού, αλλά ένας συνδυασμός δημόσιων και ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών.⁴ Διάφοροι ιδεολογικοί, πολιτικοί, κοινωνικοοικονομικοί και πολιτισμικοί παράγοντες έχουν καθορίσει σε σημαντικό βαθμό τόσο την τυπολογία και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του Κυπριακού ΣΥ, όσο και τον τρόπο ανάπτυξης, οργάνωσης, χρηματοδότησης, διαχείρισης και λειτουργίας του.

Πενήντα χρόνια μετά από την εφαρμογή του, το ΣΥ 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 (ποσοτικά και ποιοτικά) της ευημερίας των πολιτών του και την εξάλειψη, ή τουλάχιστον τη σημαντική μείωση, των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία.⁵ Κατά το Mill, η επίτευξη των πιο πάνω βοηθά στη δημιουργία αισθήματος ασφάλειας στα μέλη της κοινωνίας και την ανάπτυξη της ενδοκοινωνικής βοήθειας και αλληλοβοήθειας.³ Οι αρχές αυτές της «αξιοπρέπειας», της «ευτυχίας» και της «ωφέλειας» εντάσσονται σε ένα σύστημα αξιών, όπου σύμφωνα με το Mill, η συνολική κοινωνία έχει ηθική-αξιακή υποχρέωση να το προασπίζει. Με αυτόν τον τρόπο, οι συγκεκριμένες αξίες αποτελούν άξονες και θεμελιώδεις αρχές για τη συγκρότηση πολιτικών κοινωνικού κράτους πρόνοιας του ΣΥ.³ 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 ορισμένες φορές, σε βάρος άλλων αρχών, ήτοι αυτών της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας. Παρόλα αυτά, το ΣΥ παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα και δυσλειτουργίες.⁶ Οι δυσλειτουργίες αυτές αφορούν σε όλους τους τομείς του, 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 παρεχομένων υπηρεσιών, τις σχέσεις με τον ιδιωτικό

τομέα και τελικά την ταυτότητά του.

Το παρόν άρθρο αποτελεί μια περιγραφική ανάλυση του συστήματος υγείας της Κύπρου στη βάση των κυριότερων θεωριών κράτους πρόνοιας, για τη διερεύνηση των θεμελιωδών αρχών που το διέπουν. Λόγω της περιορισμένης έκτασης του άρθρου, δεν θα γίνει εκτεταμένη αναφορά στις συγκεκριμένες θεωρίες, αλλά θα αντλήσει στοιχεία από αυτές που εμπλέκονται στο ΣΥ της Κύπρου και θα εξετάσει αν οι αρχές αυτές εφαρμόζονται στην καθ' ημέρα πράξη.

Χαρακτηριστικά του Κυπριακού Συστήματος Υγείας

Το Κυπριακό Σύστημα Υγείας (ΣΥ) δεν έχει μακρά πορεία ανάπτυξης. Αρχίζει επί Αγγλοκρατίας, όταν εισήχθη το πρώτο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (Beveridge), το 1957. Η πορεία υγειονομικής ανάπτυξης και οργάνωσής του είναι στενά συνδεδεμένη με την ίδια την πορεία ανάπτυξης της Κυπριακής Δημοκρατίας. Οι δυσμενείς πολιτικές και κοινωνικές συνθήκες που επικράτησαν με τις διακοινοτικές διαταραχές, καθώς και την τουρκική εισβολή, επηρέασαν αρνητικά την ανάπτυξη και την οργάνωση του ΣΥ.⁴ Επιπρόσθετα, η έλλειψη πολιτικής βούλησης, τα προβλήματα της δημόσιας διοίκησης και η αντίδραση οργανωμένων συμφερόντων⁶ καθυστέρησαν τις μεταρρυθμίσεις που θα οδηγούσαν στη δημιουργία ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Σήμερα, η Κύπρος αποτελεί το μόνο κράτος της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) που στερείται ενός ΕΣΥ, το οποίο να καλύπτει ολόκληρο τον πληθυσμό.⁶

Ως αποτέλεσμα των πιο πάνω, το ΣΥ έρχεται αντιμέτωπο με τις θεμελιώδεις αρχές του, αντιμετωπίζοντας σημαντικά προβλήματα που έχουν σχέση με την αδυναμία σχεδιασμού ενιαίας πολιτικής, τη δομή, την οργάνωση και τη λειτουργία του συστήματος, καθώς και με τις ανισότητες στην προσφορά υπηρεσιών υγείας.

Κριτική ανάλυση των βασικών θεμελιωδών αρχών που διαπνέουν το Σύστημα Υγείας της Κύπρου

Το κοινωνικό κράτος πρόνοιας χαρακτηρίζεται από τις αρχές της ισότητας, της αλληλεγγύης, της συμμετοχής και της κοινωνικής δικαιοσύνης.

Οι αρχές αυτές έχουν έντονες πολιτικές διαστάσεις γιατί βασίζονται σε ηθικά κριτήρια ή αξιώματα για την κοινωνικά επιθυμητή διανομή των πόρων της υγείας.¹ Η ισότητα στη χρήση υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με το

West, επιδέχεται δύο εννοιολογικούς προσδιορισμούς.² Ο πρώτος αναφέρεται στην ίση μεταχείριση μεταξύ ίσων, όπου μόνο όταν οι χρήστες των υπηρεσιών είναι ίσοι επιτυγχάνεται ισότητα. Ο δεύτερος αναφέρεται στη μη ίση μεταχείριση μη ίσων ατόμων, δηλαδή σε άτομα με ανομοιογένεια αναγκών υγείας.² Σύμφωνα με το Mooney, υπάρχουν επτά προσδιοριστές της ισότητας:⁷ Ισότητα στις δαπάνες κατά κεφαλή, στους πόρους κατά κεφαλή, στους πόρους για ίσες ανάγκες, στην πρόσβαση για ίσες ανάγκες, στη χρήση υπηρεσιών υγείας για ίσες ανάγκες μεταξύ ομάδων πληθυσμού, στην οριακή ανάγκη υγείας που αντιμετωπίζεται για κάθε ομάδα πληθυσμού και στην ισότητα στην κατάσταση υγείας.

Στην Κύπρο, δεν υπάρχει εθνικό ΕΣΥ με καθολική κάλυψη του πληθυσμού, αλλά ένα μείγμα δημόσιων και ιδιωτικών φορέων παροχής.⁵ Στο δημόσιο τομέα, κύρια πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών αποτελεί ο προϋπολογισμός υγείας, μέσω γενικής φορολογίας (μοντέλο Beveridge).⁴ Άρα, έχει δημόσιο χαρακτήρα και διέπεται από την αρχή της υποχρεωτικής συμμετοχής, της ισότητας, της κοινωνικής δικαιοσύνης και της αλληλεγγύης μέσα από την ισότιμη κάλυψη των αναγκών των πολιτών που επιτυγχάνεται από την αυξημένη κρατική παρέμβαση και τη δράση.⁸ Η πολιτική υγείας του Υπουργείου Υγείας, διέπεται από τη θεμελιακή αρχή ότι το αγαθό «υγεία» είναι κοινωνικό αγαθό ενώ η διασφάλισή του αποτελεί κρατική υποχρέωση και ευθύνη.⁹ Βασικό χαρακτηριστικό της πολιτικής αυτής είναι ο αυξημένος κρατικός παρεμβατισμός, η κοινωνική αλληλεγγύη, η καθολική και η πλήρης υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού, η ισότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας και η κατοχύρωση ενός ελάχιστου εισοδήματος για το σύνολο του πληθυσμού μέσω ενός αποτελεσματικού και αποδοτικού συστήματος κοινωνικής προστασίας.¹⁰ Ένα τέτοιο «σφικτό» σύστημα κατά το Marshall,¹¹ υποστηρικτή του κράτους πρόνοιας και τους επιγόνους του, θα πρέπει να προάγει την κοινωνική δικαιοσύνη μέσα από την –επί ίσοις όροις– πρόσβαση σε μια υπηρεσία απαραίτητη για ένα πολύ σημαντικό κοινωνικό αγαθό, όπως είναι η υγεία και σύμφωνα με το Mill, η απουσία ή η διακύβευση του οποίου θα υπέσκαπτε αυτόν τον ίδιο τον πολιτισμό.³ Οι υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν σε πολύτεκνους, ανάπηρους και χρόνιους ασθενείς.⁹ Σε δημόσιους υπαλλήλους, κρατικούς αξιωματούχους και στρατιωτικούς οι υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν με μικρή συμπληρωματική πληρωμή.⁴ Στον υπόλοιπο πληθυσμό, τα κριτήρια για την παροχή δωρεάν περιθαλψής ή πληρωμής μειωμένων τελών ή όλων των τελών, είναι ανάλογα των εισοδημάτων και της οικογενειακής κατάστασης.⁹ Με αυτά τα κριτήρια, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας

(ΠΟΥ), καλύπτεται δωρεάν το 80–85% του πληθυσμού.⁵ Επομένως, διαπιστώνεται ότι κατά την εφαρμογή του στην πράξη, δεν υπάρχει ισότιμη και καθολική κάλυψη καθώς και πλήρης συμμετοχή των πολιτών στο ΣΥ, αλλοιώνοντας έτσι τις θεμελιώδεις αρχές που το διέπουν, γεγονός που δεν μπορεί να το κατατάξει στην κατηγορία των εθνικών συστημάτων υγείας. Οι θεωρητικοί υποστηρικτές του κράτους πρόνοιας Parker, King, Waldron και Barbalet υποστηρίζουν ότι η «συμμετοχή» και τα «εκ της συμμετοχής» δικαιώματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως θεμελιώδεις αρχές εναντίον των σχέσεων ανισότητας στα εισοδήματα και ως εγγύηση ενός «εθνικού ελάχιστου». Αποτελούν βασικούς παράγοντες, γιατί μειώνουν την εκμετάλλευση και τα προβλήματα που προκύπτουν από την ελεύθερη αγορά στην υγεία, υποστηριζόμενη από τις νεοφιλελεύθερες πολιτικές καθώς επίσης συμβάλλουν στην καθολική επίτευξη της ισότητας. Υποστηρίζουν ότι μια κοινωνία χωρίς καθολική παροχή υπηρεσιών δεν θα κάλυπτε τις θεμελιώδεις αρχές της ισότητας, της δικαιοσύνης και δεν θα εξασφάλιζε τα «εκ συμμετοχής» δικαιώματα όλων των πολιτών της.³

Επιπρόσθετα, παρατηρείται ανισότητα στην πληρωμή των υπηρεσιών ενώ το βάρος των δαπανών για την υγεία αυξάνεται περισσότερο για τα νοικοκυριά με χαμηλότερα εισοδήματα σε σύγκριση με αυτά με υψηλότερα εισοδήματα.⁵ Επίσης, παρατηρείται ότι τα έξοδα αυξάνονται περισσότερο για τα νοικοκυριά που φροντίζουν άτομα με χρόνια νοσήματα κι αυτό μπορεί να προκαλέσει μέχρι και οικονομική καταστροφή.⁵

Η αρχή της ισότητας στην πρόσβαση στο Σύστημα Υγείας

Στην Κύπρο, παρόλο που το ΣΥ διαπνέεται από τις θεμελιώδεις αρχές της κοινωνικής πολιτικής, παρατηρούνται σοβαρές ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας των χαμηλών κοινωνικο-οικονομικών στρωμάτων και του χαμηλού μορφωτικού επιπέδου.⁴ Ταυτόχρονα, το κόστος μετακίνησης επηρεάζει τα χαμηλά εισοδήματα, ενώ η έλλειψη πληροφόρησης επιδρά στα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, συχνά λόγω λανθασμένης εκτίμησης της κατάστασης της υγείας τους. Είναι χαρακτηριστικό, ότι η αύξηση του διαθέσιμου εισοδήματος και η αλλαγή των καταναλωτικών προτύπων τα τελευταία χρόνια οδήγησαν σε αύξηση της ζήτησης και ολοένα μεγαλύτερη επιβάρυνση των χαμηλά εισοδηματικών και κοινωνικών στρωμάτων για τις υπηρεσίες υγείας.¹² Όπως παρατηρούν οι θεωρητικοί κριτές του κοινωνικού κράτους πρόνοιας Goodin and LeGraud, ότι παρά τις αρχικές προβλέψεις και τις

προσδοκίες οι θεμελιώδεις αρχές του κοινωνικού κράτους πρόνοιας θα βοηθούσαν κυρίως την εργατική τάξη και τους λεγόμενους «μη προνομιούχους», το αποτέλεσμα υπήρξε αρκετά διαφορετικό,¹³ γιατί ναι μεν υπήρχε βελτίωση της κατάστασης στην εργατική τάξη, αλλά κύρια ωφελημένα από το κοινωνικό κράτος στον τομέα υπηρεσιών υγείας του ΣΥ υπήρξαν τα μεσαία και τα ανώτερα μορφωμένα στρώματα του πληθυσμού, επηρεάζοντας τις θεμελιώδεις αρχές της ελευθερίας, της ωφελιμότητας και της ισότητας στην πρόσβαση.³

Η αρχή της ελευθερίας του Συστήματος Υγείας

Με βάση τα δεδομένα του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), η Κύπρος κατατάσσεται στην ομάδα των χωρών που δαπανούν πολύ λίγα για την υγεία.^{4,5} Οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ) ανέρχονται στο 6,8% για το 2007¹⁵ σε σύγκριση με 8,9% του μέσου όρου της ΕΕ.⁴ Το 2004, οι δημόσιες δαπάνες ανέρχονταν στο 47,8%, ενώ το ύψος των ιδιωτικών δαπανών ήταν 51% των συνολικών δαπανών, από τα μεγαλύτερα της ΕΕ⁵ (25% ο μέσος όρος). Όταν η ιδιωτική δαπάνη υγείας είναι αυξημένη, επιβαρύνει τους οικογενειακούς προϋπολογισμούς και οδηγεί σε μεγάλες υγειονομικές ανισότητες, αφού η κάλυψη εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα του ασθενούς. Αυτό καταπατά τις θεμελιώδεις αρχές του κοινωνικού κράτους πρόνοιας, αυτών της ελευθερίας, της ωφελιμότητας της δικαιοσύνης και της ισότητας στην πρόσβαση³ και σύμφωνα με το Θεοδώρου, ακυρώνει το δωρεάν χαρακτήρα του δημόσιου συστήματος.¹⁴

Από τη μία πλευρά όμως, και ο ιδιωτικός τομέας δημιουργεί ανισότητα ως προς την προσπέλαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας λόγω του συστήματος των τιμών, καταργώντας τη θεμελιώδη αρχή της ελευθερίας στην πρόσβαση και το “citizenship” του Marshall, δηλαδή την ιδιότητα που απονέμεται σε αυτούς που είναι «πλήρη» μέλη μιας κοινότητας με ίσους όρους δικαιώματα.¹¹

Σε αντίθεση με τα πιο πάνω, μέσα από τις ιδιωτικές δαπάνες οι νεοφιλελεύθεροι υποστηρίζουν ότι εξασφαλίζεται στον ασθενή η θεμελιώδης αρχή του δικαιώματος ελεύθερης επιλογής, στη βάση των αρχών της ατομικής και της οικονομικής ελευθερίας, για επιλογή φροντίδας υγείας και αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμα του ατόμου, στην υγεία όμως είναι αλληλένδετο με την οικονομική δυνατότητά του. Για τους νεοφιλελεύθερους Friedman, Buchanan και Lees, η ελευθερία στην επιλογή αποτελεί θεμελιώδη αρχή και θεωρείται σημαντικό πλεονέκτημα, ενώ οι Μαρξιστές

Bonefeld, Clarke και Holloway την αμφισβητούν, γιατί υπάρχει μόνο για τους οικονομικά εύπορους.¹⁶

Η αναποτελεσματικότητα και η μη αποδοτικότητα του Συστήματος Υγείας οδηγεί σε ένα νεοφιλελεύθερο «μοντέλο αγοράς» για την υγεία

Από την άλλη όμως πλευρά, ο δημόσιος τομέας, το ΣΥ, δημιουργεί γραφειοκράτες, δυσλειτουργίες που οδηγούν σε μακροχρόνιες λίστες αναμονής και αναπόφευκτη μείωση της ποιότητας των υπηρεσιών.⁶ Έτσι, σύμφωνα με τους Μαρξιστές το κράτος αναπαράγει την αναποτελεσματικότητα σκόπιμα, παρέχοντας έτσι την ευκαιρία στα ιδιωτικά κεφαλαία για επένδυση και κερδοφορία στον τομέα της υγείας.¹⁶ Τα περισσότερα νοσοκομεία στην Κύπρο είναι οργανωμένα παραδοσιακά, δηλαδή έχουν την τάση να ακολουθούν την κλασική θεωρία της οργάνωσης που προέρχεται από τη θεωρία της γραφειοκρατίας, η οποία περιγράφεται από το Γερμανό κοινωνιολόγο, το 19ο αιώνα, Max Weber.¹⁷ Τα νοσοκομεία κυρίως είναι δομημένα σε γραφειοκρατικές οργανώσεις και χρησιμοποιούν γραφειοκρατικές αρχές.¹⁸ Μια τέτοια προσέγγιση, κατά το Weber, έχει τόσο πολύ αναπτυχθεί και αυτονομηθεί η οποία πλέον προασπίζεται ίδια συμφέροντα, όπου το αίτημα βελτίωσης παροχών (στην υγεία) πρέπει να ιδωθεί άμεσα από αυτή την προοπτική. Ενισχύοντας την άποψη αυτή, ο Burnham, ασκώντας κριτική στο κοινωνικό κράτος πρόνοιας, αναφέρθηκε στην επανάσταση των διευθυντών, οι οποίοι σιγά-σιγά αναλαμβάνουν τη συνολική διοίκηση και τη διαχείριση ολόκληρης της κοινωνίας,¹⁹ καταπατώντας έτσι τις θεμελιώδεις αρχές που διαπνέουν το ίδιο το κοινωνικό κράτος πρόνοιας. Τέλος, ενδυναμώνοντας την άποψη περί κρατικής αδράνειας για κοινωνική παροχή μέσω κρατικής υπαλληλίας, οι νεοφιλελεύθεροι και κυρίως οι Haye, Friedman, Buchanan και Lees ισχυρίστηκαν ότι η κρατική υπαλληλία έχει ισχυροποιηθεί τόσο, που έχει κατορθώσει να εξουσιάζει την ευρύτερη κοινωνία και να καταπατήσει τη θεμελιώδη αρχή της ελευθερίας.¹⁶ Στο δημόσιο τομέα, οι ασθενείς σπαταλούν τριπλάσιο χρόνο απ'ότι στον ιδιωτικό τομέα για να εξυπηρετηθούν.⁵ Ο χρόνος αναμονής για ένα ραντεβού είναι πολύ μεγαλύτερος στο δημόσιο τομέα παρά στον ιδιωτικό (9 μέρες έναντι μίας). Αυτό επηρεάζει τους πολίτες, ώστε να προτιμούν να πληρώνουν τον ιδιωτικό τομέα για να αποφύγουν την ταλαιπωρία. Η ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα σε μεγάλο βαθμό, επηρεάζει τη δυνατότητα πρόσβασης των οικονομικά αδύνατων ασθενών και των ατόμων των χαμηλά κοινωνικών στρωμάτων, δημιουργώντας ανισότητες στην

πρόσβαση και στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας,²⁰ η οποία προσφέρεται μόνον «στους λίγους και τους εκλεκτούς».

Ως αποτέλεσμα των πιο πάνω, οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας χρησιμοποιούνται κυρίως από τα νοικοκυριά με χαμηλότερα εισοδήματα και από ασθενείς με σοβαρές ή χρόνιες ασθένειες.⁶

Από τα παραπάνω διαπιστώνεται ότι το δημόσιο σύστημα υγείας λειτουργεί με ανισότητες και με τέτοιους διοικητικούς φραγμούς στην ουσιαστική πρόσβαση, που εξωθεί τον πολίτη στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας και στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη. Επιπρόσθετα, σε αυτό συμβάλλουν η στασιμότητα του Κυπριακού ΣΥ και ειδικά η μη αποτελεσματική ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όσον αφορά στο θεσμό του οικογενειακού γιατρού που θα λειτουργεί ως φίλτρο και την καθυστερημένη ανάπτυξη της κοινοτικής νοσηλευτικής, η οποία θα διαφωτίσει, θα ενδυναμώσει και θα αλλάξει την αντίληψη των ατόμων για πρόληψη και όχι θεραπεία.

Νεοφιλελεύθερες αρχές και πολιτικές στο Σύστημα Υγείας της Κύπρου

Τις τελευταίες δεκαετίες, υπό την επίδραση σειράς παραγόντων, ασκούνται ισχυρές πιέσεις για αλλαγές στις θεμελιώδεις αρχές που διαπνέουν το υπάρχον σύστημα υγείας. Κατά συνέπεια, η προώθηση μεταρρυθμίσεων «τύπου αγοράς» στο ΣΥ είχε ως αφετηρία κοινωνικοοικονομικές επιλογές –δραματική ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα με κερδοφόρες τοποθετήσεις κεφαλαίου σε επιλεγμένους τομείς υπηρεσιών υγείας και προσφορά πολυτελών υπηρεσιών στα εύπορα τμήματα του πληθυσμού– και όχι τις πραγματικές ανάγκες της μεγάλης πλειοψηφίας των πολιτών. Με τη συγκεκριμένη πολιτική, στην παροχή υπηρεσιών υγείας, υπάρχει συμφωνία με τη μαρξιστική ανάλυση, το κράτος παρεμβαίνοντας παρέχει τη δυνατότητα στα ιδιωτικά κεφάλαια να επενδύσουν εκεί όπου υπάρχει κέρδος αφού αυτό καλύπτει τη ζώνη των μη αποδοτικών δραστηριοτήτων, ενώ επίσης θεωρείται ότι η λειτουργία του κράτους πρόνοιας αποτελεί ένα κομμάτι των αντιφάσεων του καπιταλισμού.²¹

Στον ιδιωτικό τομέα, η νεοφιλελεύθερη πολιτική υγείας που επικρατεί, σε συνάρτηση με την κρατική παρέμβαση η οποία είναι σχετικά περιορισμένη και την ελευθερία επιλογής που είναι ιδιαίτερα αυξημένη, οι τιμές καθορίζονται βάσει της προσφοράς και της ζήτησης,²² δημιουργώντας ένα «μοντέλο αγοράς»²¹ στην υγεία αντίθετης λογικής από αυτή που επικρατεί στο κρατικό σύστημα υγείας. Για τους φιλελεύθερους θεωρητικούς και κυρίως για τους

Friedman²³ και Hayek²⁴, οι ιδέες της κοινωνικής ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης είναι ασύμβατες με την ιδέα της ελευθερίας, καθώς είναι αναγκαία για την επίτευξή τους η κυβερνητική παρέμβαση με πολιτικές που θα μείωναν το φάσμα της ελευθερίας επιλογής και δράσης, γεγονός που αποτελεί καταπίεση. Η χρηματοδότηση προέρχεται βασικά από ιδιωτικές πηγές ενώ τα μέσα παραγωγής ανήκουν κυρίως σε ιδιώτες. Με αυτά τα κριτήρια, διαπιστώνεται ότι μεγάλο μέρος των υπηρεσιών υγείας λειτουργεί ως ένα παράλληλο σύστημα, με τη μορφή του φιλελεύθερου ή ιδιωτικού ΣΥ, καταπατώντας τις ήδη καταπατημένες –όπως αναλύθηκε πιο πάνω– θεμελιώδεις αρχές του κοινωνικού κράτους πρόνοιας του ΣΥ, αυτών της ισότητας, του δικαιώματος στην πρόσβαση, της διαθεσιμότητας και της προσπελασιμότητας στις συγκεκριμένες υπηρεσίες υγείας, αφού η κοινωνία, κατά τους μαρξιστές, γίνεται περισσότερο ταξική και κοινωνικά ανάληκτη.²¹

Όμως, ο ιδιωτικός τομέας βασίζεται στο κέρδος και λειτουργεί σε ανταγωνιστικό περιβάλλον.²⁵ Έρευνα που έγινε από το Υπουργείο Υγείας έδειξε ότι οι χρεώσεις στον ιδιωτικό τομέα διαφέρουν κατά ειδικότητα και περιοχή.⁵ Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να φθάσουν σε τριπλάσιες χρεώσεις από κάποιους ειδικούς,^{5,6} εκμεταλλεόμενοι κυρίως τις ελλείψεις του δημόσιου τόσο σε τεχνολογία, όσο και σε ξενοδοχειακό εξοπλισμό. Εκτός αυτού, μια σειρά παραγόντων, όπως είναι η χαμηλή ποιότητα και αξιοπιστία του δημόσιου και ο μη αποτελεσματικός τρόπος οργάνωσης των δημόσιων νοσοκομείων (ωράριο, μη τήρηση ραντεβού, λίστες αναμονής, συγκεντρωμένες υπηρεσίες στην πρωτεύουσα), τα καταστούν μη φιλικά για τους ασθενείς.⁶ Έτσι, δημιουργούνται ανισότητες από τον τρόπο οργάνωσης του ΣΥ.

Η αρχή της ελευθερίας επιλογής στους ασθενείς σύμφωνα με τους νεοφιλελεύθερους στο Σύστημα Υγείας

Στο δημόσιο τομέα, η ελευθερία επιλογής στους ασθενείς είναι περιορισμένη και έως ένα βαθμό αναπόφευκτη. Αυτό επιβεβαιώνεται και από την έρευνα όπου οι ασθενείς θεωρούν ότι η δυνατότητα επιλογής γιατρού στο δημόσιο σύστημα της Κύπρου, δεν είναι τόσο καλή όσο στον ιδιωτικό τομέα.⁵ Σύμφωνα με το Σαρρή, στην υγεία, αυτός που καταναλώνει είναι ο ασθενής, ενώ αυτός που αποφασίζει είναι ο γιατρός.²⁶ Επιπλέον, ο ασθενής παραμένει παθητικός δέκτης, χωρίς άποψη και δυνατότητα συμμετοχής, όχι μόνο στις υγειονομικές παρεμβάσεις που τον αφορούν ατομικά, αλλά και στο σχεδιασμό της υγειονομικής πολιτικής. Η δύναμη της γνώσης και η

δυνατότητα θεραπείας διαμορφώνουν μια χαρισματική εξουσία^{26,27} –γιατρών και νοσηλευτών– δημιουργώντας ένα μονοπώλιο στην υγεία, που κατά τους Μαρξιστές η δύναμη της εξουσίας αυτής τους παρέχει το δικαίωμα πολλές φορές να συμπεριφέρονται αυθαίρετα και αντι-δεοντολογικά προς τον απροστάτευτο ασθενή.

Με σκοπό τον εκδημοκρατισμό, ουσιαστικό κοινωνικό έλεγχο των υπηρεσιών και της διασφάλισης των θεμελιωδών αρχών της αξιοπρέπειας και του σεβασμού του ατόμου, το Υπουργείο Υγείας έθεσε σε εφαρμογή από το 2005, τον περί της Κατοχύρωσης και της Προστασίας των Δικαιωμάτων των ασθενών. Ο νόμος αυτός κατοχυρώνει τα δικαιώματα των ασθενών, μέσω της υιοθέτησης αποτελεσματικού μηχανισμού για την εποπτεία του σεβασμού των δικαιωμάτων.⁹ Παράλληλα, θεσμοθετήθηκε ο μηχανισμός διαχείρισης παραπόνων στα νοσοκομεία.

Αντίθετα, μέσα από τις ιδιωτικές δαπάνες εξασφαλίζεται στον ασθενή το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του γιατρού ή και του νοσοκομείου που θέλει να χρησιμοποιήσει.²⁶ Το δικαίωμα στην υγεία όμως εξαρτάται συχνά από την οικονομική κατάσταση του ατόμου.²⁸ Άρα, για τους νεοφιλελεύθερους (Friedman, Buchanan και Lees) η ελευθερία στην επιλογή αποτελεί θεμελιώδη αρχή και θεωρείται σημαντικό πλεονέκτημα, ενώ οι Μαρξιστές (Bonfeld, Clarke και Holloway) την αμφισβητούν, γιατί υπάρχει μόνο για τους οικονομικά εύπορους.³

Συμπεράσματα

Συνοψίζοντας λοιπόν όσα διαπραγματεύτηκαν, επισημαίνεται ότι το Κυπριακό ΣΥ αποτελεί ένα μείγμα υποσυστημάτων και μοντέλων. Το πρώτο υποσύστημα τύπου Beveridge αποτελούν οι υπηρεσίες του δημόσιου τομέα με

τις θεμελιώδεις αρχές του κοινωνικού κράτους πρόνοιας και το δεύτερο υποσύστημα αποτελούν οι υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα με τις αρχές του νεοφιλελεύθερου «μοντέλου αγοράς». Λαμβάνοντας υπόψη τις θεμελιώδεις αρχές που πρέπει να έχει κάθε υγειονομικό σύστημα, ο τρόπος χρηματοδότησής του και ο τρόπος πληρωμής των προμηθευτών, δεν μπορεί να αφηθούν στους νομούς της αγοράς και του ανταγωνισμού, αλλά και ούτε πρέπει να λειτουργούν κάτω από ολοκληρωμένη κρατική παρέμβαση. Οι δύο ακραίες περιπτώσεις δημιουργούν σοβαρές αδυναμίες ως προς την οργάνωση και τη λειτουργία του ΣΥ. Το σοβαρότερο πρόβλημα που δημιουργείται όμως αποτελεί η άνιση πρόσβαση και η οικονομική επιβάρυνση στις υπηρεσίες υγείας.

Η διαθεσιμότητα και η προσπελασιμότητα διαφέρουν στα δύο υποσυστήματα. Αυτό οφείλεται στο διαφορετικό τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας τους και στο γεγονός ότι λειτουργούν ανεξάρτητα το ένα με το άλλο. Η γραφειοκρατία, η απουσία αποτελεσματικών μηχανισμών διοίκησης και η μη αποτελεσματική εξυπηρέτηση των ασθενών, οδηγούν τους χρήστες στον ιδιωτικό τομέα που προσφέρει καλύτερη εξυπηρέτηση.

Τέλος, στον ιδιωτικό τομέα εντοπίζονται υγειονομικές ανισότητες ως προς την οικονομική δυνατότητα του ασθενούς, αφού δεν προάγει την κοινωνική ισότητα, την κοινωνική δικαιοσύνη και την αλληλεγγύη⁸ των θεωρητικών του κοινωνικού κράτους πρόνοιας. Το δημόσιο δεν εξασφαλίζει την καθολική και την πλήρη κάλυψη των πολιτών ενώ παρουσιάζει ανισότητες. Η άνιση κατανομή των πόρων και των υπηρεσιών υγείας αντανakλά τις ισχυρές δυνάμεις της αγοράς ή και τις πολιτικές νεοφιλελεύθερες δυνάμεις και τα συμφέροντα.

ABSTRACT

A Descriptive Analysis of the Cyprus Healthcare System Based on the Main State Provision Theories

Andreas Charalambous,¹ Socrates Socratous²

¹PhD, MSc, BSc, RN, Lecturer, Oncological Nursing, School of Health Sciences, Section of Nursing, Technological University of Cyprus, Cyprus

²RGN, RMN, PG, BSc, MSc, Lecturer, School of Health Sciences, Section of Nursing, Technological University of Cyprus, Cyprus

Cyprus lacks a National Health System with total population coverage and instead has a mixture of public and private health care providers. The typology and special features of the Cyprus healthcare system have been largely influenced by socio-economic and political factors. This paper provides a descriptive analysis of the Cyprus healthcare system based on the main state provision theories for identifying the fundamental principles that run through it. These theories are not extensively analyzed in the paper, but the theoretical elements which are related to the healthcare system are discussed, along with the degree to which these elements are applied in daily practice. By exploring whether the Cyprus healthcare system meets its aims on the

basis of the fundamental principles of state provision, it becomes apparent that the system is characterized by special features and many problems and weaknesses which inhibit its efficiency and effectiveness. The Cyprus healthcare system is a mixture of various subsystems and models. The first subsystem (Beveridge type), includes the healthcare services provided by the public sector, based on the fundamental principles of the social state provision, while the second subsystem includes the services that are provided by the private sector, based on the neo-liberal "market model". These two extreme approaches can create severe problems in relation to the organization and operation of health care provision. *NOSILEFTIKI* 2009, 48 (2): 136-142.

Key words: *Cyprus, healthcare system, state provision theories*

✉ **Corresponding Author:** Andreas Charalambous, 59 Kolokotroni street, Agia Triada, CY-3032 Lemesos, Cyprus, tel.: +357 99 693 478, e-mail: a.charalambous@hotmail.co.uk

Βιβλιογραφία

1. Υφαντόπουλος, Γ. *Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρεία και πολιτική*. Τυπωθήτω, Γιώργος Δαρδάνος, Αθήνα, 2005
2. West PA. Theoretical and practical equity in the National Health Service in England. *Soc Sci Med* 1981, 15c:117-122
3. Mill JS. *Utilitarianism*. Kessinger Publ, New York, 2004
4. European Observatory on Health Care System. Health care system in transition Germany. WHO regional office for Europe. Copenhagen, 2000
5. Golna C, Pashardes P, Theodorou M, Merkur S, Mossialos E. Health care systems in transition: Cyprus. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Edited by Allin S, Mossialos E, WHO, Denmark, 2004
6. Antoniadou M. Can Cyprus overcome its health-care challenges? *Lancet* 2005, 365:1017-1020
7. Mooney OH. Equity in health care: Confronting the confusion. *Effective Health Care* 1983, 1:179-184
8. Τούντας Γ. *Οικονομία της υγείας. Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας 10 αναπτυγμένων χωρών*. Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, 2002
9. Υπουργείο Υγείας. *Ετήσια έκθεση 2005*. Κυπριακή Δημοκρατία, Λευκωσία, 2005, 1-43
10. Υφαντόπουλος Ι. Το Κράτος Πρόνοιας και η συνταξιοδοτική πολιτική στην Ελλάδα, στις χώρες του ΟΟΣΑ και της ΕΟΚ. Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών. Ειδικό Τεύχος Καλοκαίρι 1990
11. Marshall A. *Principles of economics*. Edited by Guillebaud CW. 9th ed. Variorum Edition, McMillan for the Royal Economic Society, London, 1961
12. Κέντρο Οικονομικών Ερευνών Πανεπιστημίου Κύπρου. Γιατί χρειάζεται μεταρρύθμιση το σύστημα υπηρεσιών υγείας στη Κύπρο; *Σχόλιο Οικονομικής Πολιτικής* 2006, 6:1-4
13. Goodin RE, Le Grand J. *Not only the poor: The middle classes and the welfare state*. Allen & Unwin, London, 1987
14. Θεοδώρου Μ, Σαρρή Μ, Σούλης Σ. *Συστήματα υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2001:63-125, 343-379
15. WHO. Health-for-all. Database: <http://data.euro.who.int/hfadb> [Accessed: 10th March, 2007]
16. Δικαίος Κ. *Υπηρεσίες υγείας: Νοσοκομείο, ιδιοτυπίες και προκλήσεις*. Τόμος Α, ΕΑΠ, Πάτρα, 1999
17. Weber M. Bureaucracy. In: Gerth HH, Wright Mills C (Translators and Editors) *From Max Weber: Essays in sociology*. Oxford University Press, New York, 1946:196-252
18. Weber M. *The theory of social and economic organization*. Translated by Henderson AM, Parsons T. The Free Press, New York, 1947
19. Burnham L. Welfare reform, family hardship, and women of color. *Ann Am Acad Pol Soc Sci* 2001, 577:38-48
20. Savage GT, Hoelscher ML, Walker EW. Προγραμματισμός υγειονομικών υποδομών και διαχείριση της διαδικασίας ανάπτυξης. Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας. Στο: Wolper LF (Συντ) *Σχεδιασμός, εφαρμογή και διαχείριση συστημάτων οργανωμένης παροχής υπηρεσιών υγείας*. Τόμος Α', μετάφραση Καραμάλης Μ. Mediforce Services SA, Αθήνα, 2001:33-89
21. Avsar BR. A critique of "neoliberal autonomy": The rhetoric of ownership society. *Forum for Social Economics* 2008, 37:125-134
22. Κυριόπουλος Γ, Νιάκας Δ. *Η οργανωτική και περιφερειακή διάρθρωση των υγειονομικών συστημάτων*. Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα, 1994:61-80
23. Friedman M. Methodology in positive economics. In: Friedman M (ed) *Essays in positive economics*. University of Chicago Press, Chicago, 1953
24. Hayek FA. Facts of the social sciences. In: Hayek F (ed) *Individualism and economic order*. University of Chicago Press, Chicago, 1948
25. Das A. Public-private partnerships for providing healthcare services. *Indian J Med Ethics* 2007, 4:174-179
26. Σαρρή Μ. *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2001:123-127
27. Γαρδικας ΚΔ. *Εθνικά Συστήματα Υγείας διαφόρων χωρών*. Επιστημονικές Εκδόσεις Παριζιάνου ΑΕ, Αθήνα, 2000:1-4, 19-22
28. Θεοδώρου Μ. Διεθνής εμπειρία και ελληνική πραγματικότητα. Στο: Θεοδώρου Μ, Μητροσύλη Μ (Συντ) *Υπηρεσίες υγείας/ Νοσοκομείο, ιδιοτυπίες και προκλήσεις*. Τόμος Γ', Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 1999:11-100