

# **Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**

**Σχολή Οικονομικών Επιστημών Και Διοίκησης**

**Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών**

***Διοίκηση Επιχειρήσεων***

## **Μεταπτυχιακή Διατριβή**



**Ανάλυση Του Κλάδου Παροχής Υπηρεσιών Υγείας Στην**

**Κύπρο**

**Νίκη Βρυώνη**

**Επιβλέπων Καθηγητής  
Χρήστος Αλεξιάκης**

**Μάιος 2020**

# **Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**

**Σχολή Οικονομικών Επιστημών Και Διοίκησης**

**Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών**

***Διοίκηση Επιχειρήσεων***

## **Μεταπτυχιακή Διατριβή**

**Ανάλυση Του Κλάδου Παροχής Υπηρεσιών Υγείας Στην  
Κύπρο**

**Νίκη Βρυώνη**

**Επιβλέπων Καθηγητής**

**Χρήστος Αλεξάκης**

*Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή υποβλήθηκε προς μερική εκπλήρωση των απαιτήσεων για  
απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών*

Στη Διοίκηση Επιχειρήσεων

από τη Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης  
του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου

**Μάιος 2020**

ΛΕΥΚΗ ΣΕΛΙΔΑ

## Περίληψη

Καθώς η διαφαινόμενη απειλή της δημοσιονομικής ύφεσης κυμαινόταν πάνω από την Ευρωζώνη, η Κύπρος συνήψε το 2013 με τη μορφή μνημονίου συμφωνίας (MoU) με μια ομάδα διεθνών δανειστών (κοινώς γνωστών ως Τρόικα). Το πακέτο διάσωσης κατέστη αναγκαίο όταν η Κύπρος γνώρισε ταχεία δημοσιονομική επιδείνωση. Πράγματι, ενώ το Μνημόνιο εμφανίσθηκε ως απειλή, τελικά ήταν ο μοχλός μιας σειράς σημαντικών διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων, με μια από τις μεγαλύτερες εκείνης της εφαρμογής ενός Συστήματος Υγείας που έλειπε από την Κύπρο (ΓεΣΥ)

Η Κύπρος ήταν από τις μόνες χώρες της ΕΕ χωρίς ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας. Με τις ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία να είναι από τις υψηλότερες στην ΕΕ με παράλληλα από τις μικρότερες συνολικά για την υγεία η καθιέρωση του ΓεΣΥ φαινόταν μονόδρομος. Έτσι, η εφαρμογή του ΓεΣΥ μόλις το έτος 2019 σηματοδοτεί για την Κύπρο ένα νέο ξεκίνημα, αλλά και ένα στοίχημα για την εφαρμογή και λειτουργία του. Ήδη, οι πρώτοι έξι μήνες λειτουργίας του ΓεΣΥ δημιουργούν μια αισιοδοξία στις αρχές ότι τελικά η Κύπρος θα μπορεί επιτέλους να εγκαθιδρύσει ουσιαστικά, και όχι σε επίπεδο μελετών και νόμων, το δικό της Σύστημα Υγείας.

Στη παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα των διαφόρων Διεθνών οργανισμών αλλά και της Στατικής Υπηρεσίας της Κύπρου. Η διεθνής βιβλιογραφία ήταν οδηγός στην προσπάθεια να καταγραφεί η μέχρι τώρα κατάσταση αλλά και να δημιουργήσει τις προτάσεις για το μέλλον του ΓεΣΥ.

## **Summary**

As the emerging threat of a fiscal recession threatens the eurozone, Cyprus entered into a MoU agreement in 2013 with a group of international lenders (commonly known as Troika). The rescue package became necessary when Cyprus experienced rapid fiscal deterioration. Indeed, while the Memorandum emerged as a threat, it was ultimately the lever of a series of major structural reforms, with one of the largest being the implementation of a Health System that was missing from Cyprus (GHS).

Cyprus was one of the only EU countries without a comprehensive Health System. With private spending on health being one of the highest in the EU while lower than total spending on health, the introduction of GHS seemed a one-way street. Thus, the implementation of GHS only in the year 2019 marks a new beginning for Cyprus, but also a bet on its implementation and operation. Already, the first six months of operation of GHS create an optimism in the authorities that in the end Cyprus will finally be able to finally establish, essentially, and not at the level of studies and laws, its own Health System.

In the present study, data from various international organizations and the Statistical Service of Cyprus were used. The international literature was a guide in the effort to record the situation so far but also to create proposals for the future of GHS.

## **Ευχαριστίες**

Με την ολοκλήρωση της παρούσας διατριβής θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στους ανθρώπους που στήριξαν και υποστήριξαν όλες τις προσπάθειες μου.

Αρχικά στον επιβλέποντα καθηγητή μου κύριο Χρήστο Αλεξάκη ο οποίος μου πρόσφερε το τόσο ενδιαφέρον και επίκαιρο θέμα για την εργασία μου που οδήγησε μέσα από ένα συναρπαστικό ταξίδι να ολοκληρώσω τη διατριβή μου.

Ένα πολύ μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένεια μου. Την μητέρα μου Ελένη, τα παιδιά μου Ραφαέλλα, Ευάνθη και Ελένη. Η αγάπη τους, η συμπαράσταση και η κατανόηση τους ήταν φάρος και οδηγός σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου. Το χαμόγελο τους η αφάνταστη δύναμη μου!

Όμως το πιο μεγάλο ευχαριστώ το οφείλω σε έναν άνθρωπο που η ανιδιοτελής αγάπη του, η υπομονή του, η συνεχής ενθάρρυνση και η πολύπλευρη στήριξη του, μου δίνει δύναμη να συνεχίσω να προσπαθώ πάντα για το καλύτερο. Ένα μεγάλο ευχαριστώ στον άνθρωπο μου, στον Αλέξη μου!!!

## Περιεχόμενα

Εισαγωγή.....	1
Κεφάλαιο 1 .....	4
1.1 Γενικά.....	4
1.2 Υγειονομικό σύστημα .....	4
1.3 Εξέλιξη της υγείας - συστήματα.....	8
1.3.1 Εισαγωγή .....	8
1.3.2 The Beveridge Model: single-payer national health service .....	8
1.3.3 The Bismarck Model: social health insurance model.....	8
1.3.4 Το Εθνικό Σύστημα Ασφάλισης Υγείας .....	9
1.3.5 Ιδιωτική Ασφάλιση και από την τσέπη Model .....	9
1.4 Χρηματοδότηση της υγείας.....	9
Κεφάλαιο 2 .....	13
2.1 Επίπεδο Υγείας του Κυπριακού Πληθυσμού.....	13
2.1.1 Γενικά.....	13
2.1.2 Προσδοκώμενη Διάρκεια ζωής.....	13
2.1.3 Βρεφική θνησιμότητα .....	15
2.1.4 Νοσηρότητα.....	16
2.2 Παράγοντες Κινδύνου στην Υγεία .....	19
2.2.1 Γενικά.....	19
2.2.2 Κάπνισμα σε ενήλικες.....	20
2.2.3 Η κατανάλωση αλκοόλης σε παιδιά.....	21
2.2.4 Κατανάλωση αλκοόλης σε ενήλικες.....	22
2.3 Το πρόβλημα της παχυσαρκίας.....	23
2.3.1 Γενικά.....	23
2.3.2 Παχυσαρκία στα Παιδιά .....	23
2.3.3 Παχυσαρκία μεταξύ των ενηλίκων.....	25
2.4 Το Πρόβλημα του Διαβήτη .....	25
2.5 Παράγοντες Κινδύνου .....	27
Κεφάλαιο 3 .....	29
3.1 Γενικά.....	29
3.2 Ο κλάδος Υγείας της Κύπρου.....	29
3.2.1 Γενικά.....	29
3.2.2 Δαπάνες Υγείας στην Κύπρο .....	30
3.2.3 Ιατρικό προσωπικό στη Κύπρο.....	35
3.3 Η νοσοκομειακή υποδομή της Κύπρου .....	36
3.3.1 Τρέχον απόθεμα κεφαλαίου .....	36
3.3.2 Νοσοκομειακή Υποδομή.....	38
3.3.3 Ιατρικός εξοπλισμός.....	44
3.4 Προκλήσεις.....	46
Κεφάλαιο 4 .....	50
4.1 Γενικά.....	50

4.2	Το Νέο Σύστημα Υγείας (ΓΕΣΥ) .....	52
4.2.1	Το χρονικό της εξέλιξης .....	52
4.2.2	Τι είναι το ΓΕΣΥ .....	53
4.2.3	Εφαρμογή του ΓεΣΥ .....	54
4.2.4	Χρηματοδότηση του συστήματος .....	55
4.2.5	Ποιους αφορά.....	56
4.2.6	Τρέχοντα ζητήματα στην κυπριακή φαρμακευτική αγορά.....	60
4.3	Το μεταναστευτικό .....	62
4.4	Σχεδιασμός .....	63
4.5	Απολογισμός της μέχρι τώρα λειτουργίας του ΓεΣΥ .....	65
4.6	Ανισότητες στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε υπηκόους τρίτων χωρών στην Κύπρο.....	67
	Συμπεράσματα .....	69
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	72



## **ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ**

Διάγραμμα 1: Προσδόκιμο ζωής την Ε.Ε.....	14
Διάγραμμα 2: Προσδόκιμο ζωής ανά φύλλο στην Κύπρο .....	14
Διάγραμμα 3: Προσδόκιμο ζωής ανά φύλλο στην Ε.Ε .....	15
Διάγραμμα 4: Προσδόκιμο ζωής για άνω των 65. Συνολικός Πληθυσμός.....	15
Διάγραμμα 5: Ποσοστό Βρεφικής Θνησιμότητας.....	16
Διάγραμμα 6: Μεταβολή της Νοσηρότητας του πληθυσμού .....	17
Διάγραμμα 7: Διάρκεια Ζωής στην ηλικία των 65 ετών .....	18
Διάγραμμα 8: % άτομα άνω των 65 με χρόνιες παθήσεις .....	18
Διάγραμμα 9: Ενήλικες Καπνίζοντες .....	21
Διάγραμμα 10: Χρήση αλκοόλ σε ηλικίες 15-16 ετών στην Ε.Ε .....	22
Διάγραμμα 11: Κατανάλωση αλκοόλ σε ενήλικες στην Ε.Ε.....	23
Διάγραμμα 12: Παχυσαρκία σε παιδιά ηλικίας 7-8 ετών (ανά φύλο), 2015-17 .....	24
Διάγραμμα 13: Δαπάνες Υγείας που σχετίζονται με την παχυσαρκία (Μέσος Ορος 2020-2050) .....	26
Διάγραμμα 14: Αιτίες Θανάτου στη Κύπρο .....	28
Διάγραμμα 15: Δαπάνες υγείας στην Κύπρο, .....	30
Διάγραμμα 16: Δαπάνες υγείας ως % στην Ε.Ε.....	31
Διάγραμμα 17: % Δημοσίων και Ιδιωτικών Δαπανών Υγείας .....	31
Διάγραμμα 18: out-of -rocket δαπάνες υγείας στην Κύπρο .....	32
Διάγραμμα 19 : Δαπάνες Υγείας ανά κατηγορία ανά άτομο.....	34
Διάγραμμα 20: Δαπάνες υγείας ανά κατηγορία.....	34
Διάγραμμα 21: Ιατρικό προσωπικό ανά ειδικότητα στην Κύπρο, 2019 .....	36
Διάγραμμα 22 : Νοσοκομειακές κλίνες στη Κύπρο -2016 .....	39
Διάγραμμα 23: Νοσοκομειακές κλίνες ανά τμήμα (Δημόσιος Τομέας).....	39
Διάγραμμα 24: Κλίνες Ιδιωτικού Τομέα στην Κύπρο .....	40
Διάγραμμα 25: Κλίνες ανά 1.000 κατοίκους στην Κύπρο .....	40
Διάγραμμα 26: Πληρότητα κλινών στη Κύπρο.....	41

Διάγραμμα 27: Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ημέρες) στη Κύπρο.....	43
Διάγραμμα 28: Επεμβάσεις μιας ημέρας .....	43
Διάγραμμα 29: Αριθμός σαρωτών Ct και Mri ανά 100.000 κατοίκους.....	45
Διάγραμμα 30: Διαδικασία των παροχών και πληρωμών του ΓεΣΥ.....	58
Διάγραμμα 31: Φαρμακευτική Δαπάνη στη Κύπρο.....	61
Διάγραμμα 32: Οι διαδρομές των ασθενών εντός του ΓεΣΥ .....	64
Διάγραμμα 33: Παροχές στο ΓεΣΥ .....	65

## **ΠΙΝΑΚΕΣ**

Πίνακας 1: Βασικά στοιχεία Εθνικού Συστήματος Υγείας.....	7
Πίνακας 2: Νοσηρότητα του Κυπριακού Πληθυσμού,.....	17
Πίνακας 3: WHO βασικότεροι παράγοντες κινδύνου για θανάτους.....	28
Πίνακας 4: Ιδιωτικές Κλινικές κατά Επαρχία, Αριθμο Κλινών και Προσωπικό, 2015-2017 στη Κύπρο. ....	40
Πίνακας 5: Ποσοστά κάλυψης κλινών κατά τμήμα και Νοσοκομείο (2017) .....	42
Πίνακας 6: ακτινογραφίες και άλλες εξετάσεις (κατά είδος, νοσοκομείο) – 2017.....	46
Πίνακας 7: Δαπάνες Υγείας Κύπρου.....	51
Πίνακας 8: Φάσεις υλοποίησης του ΓεΣΥ.....	55
Πίνακας 9: Χρηματοδότηση του συστήματος.....	56
Πίνακας 10: Δικαιούχοι στο ΓεΣΥ, Δεκέμβριος 2019.....	57
Πίνακας 11: Αξιοποίηση υφιστάμενων υποδομών του ΓεΣΥ,.....	64
Πίνακας 12: Παροχές στο ΓεΣΥ, (Ολυμπίου, 2019).....	65
Πίνακας 13: Παροχές φροντίδας υγείας ανά τομέα (Ιδιώτες/ΟΚΥπΥ).....	66
Πίνακας 14: Επισκέψεις δικαιούχων σε ιατρούς, συνταγές για φάρμακα και παραπεμπτικά για εργαστηριακές εξετάσεις που εκτελέστηκαν .....	67
Πίνακας 15: Απαιτήσεις που υποβλήθηκαν στο ΓεΣΥ.....	67

# Εισαγωγή

Οι τομείς της υγειονομικής περίθαλψης στις χώρες υφίστανται την επίδραση προκλήσεων που σχετίζονται με την οργάνωση των υπηρεσιών του, την χρηματοδότηση του καθώς και διάφορα επιδημιολογικά δεδομένα της χώρας (πχ γήρανση του πληθυσμού) με αποτέλεσμα, σε πολλές περιπτώσεις, την διαφοροποίηση της μεταβολής των δαπανών υγείας.

Ο κλάδος υπηρεσιών υγείας της Κύπρου ήταν δομημένος έτσι ώστε διχαζόταν μεταξύ ενός κεντρικά ελεγχόμενου δημόσιου τομέα, η χρηματοδότηση του οποίου εξαρτιόταν κυρίως από τους φόρους που συγκέντρωνε η Κυβέρνηση, και ενός ιδιωτικού τομέα που λειτουργούσε, σχεδόν αυτόνομα και χρηματοδοτούμενου από άμεσες ιδιωτικές πληρωμές και, σε ένα μικρότερο βαθμό, από τα ιδιωτικά συστήματα ασφάλισης υγείας. Όπως ήταν φανερό αυτή η δομή του συστήματος υγείας στην Κύπρο (ανεπαρκής συντονισμός μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα) οδήγησαν σε σοβαρά προβλήματα, όπως, δυσαναλογία πόρων μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών παρόχων, υψηλές άμεσες ιδιωτικές πληρωμές, καθώς και μεγάλες ανισότητες όσον αφορά την πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας. Όλα αυτά οδηγούσαν τελικά σε αναποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας συνολικά.

Η χρηματοδότηση του κλάδου Υπηρεσιών υγείας στη Κύπρο χαρακτηρίζεται από υψηλές άμεσες ιδιωτικές πληρωμές και χαμηλές δημόσιες δαπάνες. Η Κύπρος δαπανά λιγότερους πόρους για την υγεία από τις περισσότερες χώρες της ΕΕ (Ευρωπαϊκή Ένωση), και παρόλο την αύξησή τους τα τελευταία χρόνια η Κύπρος εξακολουθεί να απέχει από τη σύγκλισή της με τις περισσότερες χώρες της ΕΕ. Επίσης μόλις το 7,6 % του κρατικού προϋπολογισμού δαπανήθηκε για την υγεία, που αποτελεί το χαμηλότερο επίπεδο προτεραιότητας που δόθηκε στην υγεία μεταξύ των χωρών της ΕΕ. Στον αντίποδα οι δαπάνες υγείας που προέρχονται από άμεσες ιδιωτικές πληρωμές, αποτελούν από τα υψηλότερα στην Ε.Ε. Έτσι, σε συνδυασμό με την προαιρετική ασφάλιση υγείας, οι συνολικές ιδιωτικές δαπάνες υγείας ανέρχονται σε πάνω από το 50% των δαπανών υγείας το 2017, το υψηλότερο στην ΕΕ. Αντίθετα, το ποσοστό των δημόσιων δαπανών επί του συνόλου των δαπανών για την υγεία είναι χαμηλότερο από πολλές άλλες χώρες της ΕΕ και σημαντικά χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ.

Ως αποτέλεσμα όλων των παραπάνω, και με αφορμή την οικονομική κρίση της χώρας, κρίθηκε πλέον αναγκαίο από τους φορείς της Κύπρου η προσφυγή σε ένα αναμορφωμένο και σύγχρονο σύστημα υγείας που να μπορεί να ανταποκριθεί στις νέες οικονομικοπολιτικές προκλήσεις. Η συγκρότηση νέου Γενικού Συστήματος Υγείας που ψηφίστηκε το 2017 και βρίσκεται επί του παρόντος σε διαδικασία υλοποίησης (από τον Ιούνιο του 2019) αναμένεται να εξορθολογήσει το σύστημα υγείας της Κύπρου. Στόχος του είναι να παράσχει καθολική κάλυψη του πληθυσμού, να βελτιώσει την προσβασιμότητα και να αντιμετωπίσει τις ανεπάρκειες όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών.

Το Γενικό Σύστημα Υγείας στην Κύπρο, το οποίο αποτέλεσε αντικείμενο συζητήσεων για αρκετά έτη (πάνω από δύο δεκαετίες) ξεκίνησε να λειτουργεί για τις υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης τον Ιούνιο του 2019. Βάσει του νέου Γενικού Συστήματος Υγείας, ορισμένες αρμοδιότητες του Υπουργείου Υγείας μεταβιβάζονται στον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας, ο οποίος αποτελεί τον μοναδικό αγοραστή υπηρεσιών τόσο από τους δημόσιους όσο και από τους ιδιωτικούς παρόχους. Ορισμένες άλλες αρμοδιότητες του Υπουργείου μεταβιβάζονται στον νέο Οργανισμό Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας, ο οποίος θα είναι επιφορτισμένος με την ανάπτυξη, τη διαχείριση, τον έλεγχο και την εποπτεία των αυτόνομων δημόσιων νοσοκομείων και κέντρων υγείας. Οι προσπάθειες συνεχίζονται προκειμένου να διασφαλιστεί ότι το νέο σύστημα υγείας θα καταστεί πλήρως λειτουργικό το 2020, σύμφωνα με το προβλεπόμενο χρονοδιάγραμμα, διατηρώντας παράλληλα τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητά του.

Η δομή της παρούσας εργασίας είναι ως εξής:

## Κεφάλαιο 1

Στο Κεφάλαιο αυτό θα γίνει μια ανάλυση των συστημάτων υγείας που υπάρχουν διεθνώς με έμφαση στα συστήματα της Ε.Ε. Ιδιαίτερη μνεία θα γίνει στην αποδοτικότητα αυτών των συστημάτων και τη θέση που κατέχει το σύστημα Υγείας της Κύπρου εξετάζοντας όλους τους βασικούς δείκτες που παρέχει η βιβλιογραφία. Τέλος στο Κεφάλαιο αυτό θα γίνει αναφορά στην εξέλιξη των συστημάτων υγείας που εφαρμόστηκαν στην Κύπρο με έμφαση στο Γενικό Σύστημα Υγείας (ΓΕΣΥ) της Κύπρου

του οποίου η πρώτη φάση ξεκίνησε την 1η Ιουνίου 2019 και αναμένεται η εφαρμογή της δεύτερης φάσης την 1η Ιουνίου 2020.

## Κεφάλαιο 2

Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει εκτενής αναφορά στους διάφορους δείκτες (επιδημιολογικούς) που αφορούν την υγεία του πληθυσμού στην Κύπρο. Μεταξύ άλλων θα εξετάσουμε την θνησιμότητα και το προσδόκιμο ζωής, τις κύριες αιτίες θανάτων και τους παράγοντες κινδύνου για την υγεία. Επιπλέον όλη αυτή η αναφορά θα καταδείξει την διαχρονική εξέλιξη του υγειονομικού προφίλ του πληθυσμού και τις πολιτικές που θα πρέπει να ασκηθούν από μεριάς της Πολιτείας.

## Κεφάλαιο 3

Θα μελετήσουμε τα δύο συστήματα που λειτουργούν παράλληλα στην Κύπρο και εν πολλοίς ανεξάρτητα το ένα από το άλλο. Τον δημόσιο τομέα και τον ιδιωτικό τομέα καθώς και τις σχετικές δαπάνες. Επίσης θα μελετηθούν οι πάροχοι υγείας, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, φαρμακευτικές εταιρείες και φαρμακοποιούς, κλινικά εργαστήρια, νοσηλευτήρια, τμήματα ατυχημάτων & επειγόντων περιστατικών (ΤΑΕΠ) καθώς και τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό.

## Κεφάλαιο 4

Στο Κεφάλαιο αυτό θα γίνουν όλες οι σχετικές εισηγήσεις για την βελτίωση του Συστήματος Υγείας με έμφαση στις Γενικές Πολιτικές και Κατευθύνσεις προκειμένου να εξορθολογηθεί το υπάρχον σύστημα και ταυτόχρονα να ενισχυθούν οι εν εξελίξει πολιτικές που εφαρμόζονται στην Κύπρο.

# Κεφάλαιο 1

## 1.1 Γενικά

Στο Κεφάλαιο αυτό θα γίνει μια ανάλυση των συστημάτων υγείας που υπάρχουν διεθνώς με έμφαση στα συστήματα της Ε.Ε. Ιδιαίτερη μνεία θα γίνει στην αποδοτικότητα αυτών των συστημάτων και τη θέση που κατέχει το σύστημα Υγείας της Κύπρου εξετάζοντας όλους τους βασικούς δείκτες που παρέχει η βιβλιογραφία. Τέλος στο Κεφάλαιο αυτό θα γίνει αναφορά στην εξέλιξη των συστημάτων υγείας που εφαρμόστηκαν στην Κύπρο με έμφαση στο Γενικό Σύστημα Υγείας (ΓΕΣΥ) της Κύπρου του οποίου η πρώτη φάση ξεκίνησε την 1η Ιουνίου 2019 και αναμένεται η εφαρμογή της δεύτερης φάσης την 1η Ιουνίου 2020.

## 1.2 Υγειονομικό σύστημα

Διασφάλιση της πρόσβασης σε ποιοτική υγειονομική περίθαλψη για όλους αποτελεί βασική αρχή της Νέας Δημόσιας Υγείας. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες κινδύνου είτε σε προσωπικό είτε σε επίπεδο κοινότητας που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και η ιατρική περίθαλψη είναι ζωτικής σημασίας πτυχή του ευρύ φάσματος των αναγκών υγείας. Παρά την αξία της ιατρικής περίθαλψης αυτή από μόνη της δεν είναι αρκετή προκειμένου να παραχθεί ένα υψηλό επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Για την προώθηση της βέλτιστης υγείας, αποτελεσματικές μεθόδους πρόληψης, τη διαθεσιμότητα και την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη θα πρέπει να εξετάζονται στο πλαίσιο των ατομικών και των κοινωνικών συνθηκών που αυξάνουν τον κίνδυνο της νόσου, καθώς και την εφαρμογή των κατάλληλων μέτρων να μειώσει τους κινδύνους για την πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή της υγείας. Ορισμένες από αυτές τις παρεμβάσεις παρέχονται από την ιατρική περίθαλψη και από την προληπτική πτυχή της. Άλλες βασικές πτυχές περιλαμβάνουν κοινωνικές, υγειονομικές, περιβαλλοντικές, νομικές,

οικονομικές (financing) και εκπαιδευτικούς παράγοντες. Αυτό συσχετίζεται άμεσα με το ανθρώπινο δυναμικό για την υγεία, τη χρηματοδότηση και την οικονομία, την οργάνωση, την τεχνολογία, το δίκαιο την ηθική και την παγκόσμια υγεία.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει ένα σύστημα υγείας ως : «Οι άνθρωποι, οι θεσμοί και οι πόροι, που διοργανώνονται από κοινού σύμφωνα με τις καθιερωμένες πολιτικές, για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού που εξυπηρετούν, ενώ ανταποκρίνεται στις νόμιμες προσδοκίες των πολιτών προστατεύοντας αυτούς με το κόστος της κακής υγείας μέσα από μια ποικιλία δραστηριοτήτων των οποίων η κύρια πρόθεση είναι να βελτιώσει την υγεία. Είναι ένα σύνολο στοιχείων και τη σχέση τους σε ένα σύνθετο σύνολο, με σκοπό να εξυπηρετήσει τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Τα συστήματα υγείας ως βασική τους δομή εκπληρώνουν τρεις βασικές λειτουργίες : παροχή υγειονομικής περίθαλψης, τη δίκαιη μεταχείριση για όλους, και να ανταποκριθούν στις προσδοκίες της υγείας του πληθυσμού» (WHO, 2000). Επίσης ο ΠΟΥ εξετάζει έξι βασικά δομικά στοιχεία που αφορούν συστήματα υγείας : την παροχή υπηρεσιών, την υγεία του εργατικού δυναμικού, πληροφορίες, ιατρικά προϊόντα, εμβόλια και τεχνολογίες, ηγεσία και διακυβέρνηση, και τη χρηματοδότηση και την αυξανόμενη έμφαση στην καθολική πρόσβαση και τη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας (WHO, 2013).

Οι περισσότερες βιομηχανικές χώρες έχουν εφαρμόσει εθνικά προγράμματα υγείας, όπως τα συστήματα ασφάλισης υγείας ή εθνικές υπηρεσίες υγείας. Κάθε σύστημα αναπτύχθηκε μέσα στο πολιτικό, κοινωνικό και ιστορικό πλαίσιο της χώρας και σε αυτό συνεχίζει να εξελίσσεται. Οι αναπτυσσόμενες χώρες αγωνίζονται να επιτευχθεί σε αυτές η καθολική πρόσβαση για φροντίδα και περίθαλψη για όλους με την επέκταση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και τα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης που παρέχουν οφέλη για τους εργαζόμενους και για ορισμένες ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, κυρίως τις μητέρες και τα παιδιά και μετανάστες. Καθώς κινούνται στην κλίμακα της οικονομικής ανάπτυξης, οι αναπτυσσόμενες χώρες αντιμετωπίζουν το πρόβλημα του πώς να μειώσουν τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα, την επίτευξη ισότητας στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, και να επεκτείνουν τη βάση χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης μέσω της εθνικής ασφάλισης υγείας. Ορισμένες χώρες αντιμετωπίζουν ταχεία οικονομική ανάπτυξη, αλλά υστερούν στη



δυνατότητα της αύξησης του εθνικού πλούτου προς τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας. Αυτό οφείλεται συχνά στην έλλειψη εστιασμένης πολιτικής (Tulchinsky and Varavikova, 2014).

Κάθε εθνικό σύστημα υγείας έχει τα δικά του χαρακτηριστικά και τις δικές του προκλήσεις. Αυτή η διαχείριση του συστήματος απαιτεί συνεχή αξιολόγηση η οποία θα πρέπει να βασίζεται σε καλά ανεπτυγμένα συστήματα πληροφοριών, εκπαιδευμένο προσωπικό διαχείρισης της υγείας και κοινωνικής συμμετοχής μέσω επαγγελματικών οργανώσεων και ομάδων υπεράσπισης. Δεν υπάρχει «χρυσός κανόνας» σχέδιο για την δυνατότητα να δίνεται καθολική πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη που είναι κατάλληλο για όλες τις χώρες. Κάθε χώρα αναπτύσσει και τροποποιεί το πρόγραμμα εκείνο που ταιριάζει στις εθνικές της παραδόσεις, πολιτιστικές ανάγκες και αντιλήψεις για την υγεία των πολιτών της με δεδομένο πάντα τη διαθεσιμότητα των αναγκαίων για αυτό πόρων. Ωστόσο, υπάρχουν και εξελίσσονται διάφορα πρότυπα στο τομέα της υγείας με τέτοιο τρόπο που οι χώρες μπορούν να μαθαίνουν η μία από την άλλη για τις δυνατότητες και εξελίξεις (βλ. Πίνακας 1)

Τα εμπόδια στη πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας μπορεί να είναι γεωγραφικά, πολιτιστικά, κοινωνικά και ψυχολογικά καθώς και οικονομικά. Η κατάργηση των οικονομικών εμποδίων στην φροντίδα είναι απαραίτητη αλλά όχι επαρκής για τη βέλτιστη υγεία και την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας ενός ατόμου και της κοινωνίας. Ισότητα στην οικονομική πρόσβαση με καθολική κάλυψη είναι ζωτικής σημασίας για τον πληθυσμό και την ατομική υγεία από τη στιγμή που ο καθένας μπορεί να έχει σοβαρή ασθένεια, ανά πάσα στιγμή.

Η παράδοση των κυβερνητικών και μη κυβερνητικών πρωτοβουλιών για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού	στόχοι για την υγεία
Οι δημογραφικές, επιδημιολογικές, οικονομική παρακολούθηση	προγράμματα υγείας Δημόσια συμπεριλαμβανομένης της προαγωγής της υγείας
Η καθολική πρόσβαση με τα μέσα μαζικής ασφάλισης ή	πρόσβαση σε ένα ευρύ φάσμα

υπηρεσία σύστημα	υπηρεσιών υγείας
Στρατηγικός σχεδιασμός για την υγεία και τις κοινωνικές πολιτικές	Παρακολούθηση των δεικτών κατάσταση της υγείας
Συνεργασία με ειδικές ανάγκες των ομάδων υψηλού κινδύνου και συναφή θέματα	Φορητότητα και την προσβασιμότητα των παροχών κατά την αλλαγή εργοδότη ή κατοικίας
Οι προσπάθειες για τη μείωση των ανισοτήτων σε περιφερειακό και κοινωνικο-δημογραφικές προσβασιμότητα και την ποιότητα της περίθαλψης	Επάρκεια της χρηματοδότησης
Η συγκράτηση του κόστους	αποτελεσματική χρήση των πόρων για ένα καλά ισορροπημένο σύστημα υγείας
Η ικανοποίηση των καταναλωτών και την επιλογή του φορέα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας	ικανοποίηση Provider και την επιλογή της παραπομπής υπηρεσιών
Δημόσια χορήγηση και Regulation	Πρώθηση των υπηρεσιών υψηλής ποιότητας
• Πρώθηση των ασθενών και την ασφάλεια του προσωπικού	Ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια επίπεδο της φροντίδας
Καλά ανεπτυγμένες συστήματα παρακολούθησης	ενημέρωση και συνεχής πολιτική και επανεξέτασης της διαχείρισης
Πρώθηση προτύπων και πιστοποίησης των υπηρεσιών, την επαγγελματική εκπαίδευση, κατάρτισης και της έρευνας	κυβερνητικές και ιδιωτική παροχή υπηρεσιών
τη διαχείριση και την κοινοτική συμμετοχή Αποκεντρωμένη	Διασφάλιση των ηθικών προτύπων φροντίδας για όλα τα συστήματα υγείας
Διεξαγωγή έρευνας	Προετοιμασία για μεγάλο αριθμό θυμάτων από καταστροφές, την τρομοκρατία και γενοκτονία

### **Πίνακας 1:** Βασικά στοιχεία Εθνικού Συστήματος Υγείας

Πηγή : (Gilson, 2012)

## 1.3 Εξέλιξη της υγείας - συστήματα

### 1.3.1 Εισαγωγή

Υπάρχουν περίπου 200 χώρες στον κόσμο οι οποίες παρέχουν υγειονομική περίθαλψη στον πληθυσμό τους. Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν 200 χώρες, τα μοντέλα της παροχής υγειονομικής περίθαλψης μπορούν γενικά να ταξινομηθούν σε τέσσερα βασικά μοντέλα (Cash, 2019) (Μπέσης, 1993)

### 1.3.2 The Beveridge Model: single-payer national health service

Σε αυτό το σύστημα, η υγειονομική περίθαλψη χρηματοδοτείται από τη γενική φορολογία, όπως και κάθε άλλη δημόσια υπηρεσία, όπως η αστυνομία ή η πυροσβεστική. Τα περισσότερα νοσοκομεία είναι κρατικά, και οι περισσότεροι εργαζόμενοι της υγειονομικής περίθαλψης απασχολούνται από την κυβέρνηση. Οι μισθοί είναι σταθεροί και το κόστος των θεραπειών τυποποιημένο. Σε ιδιωτικά νοσοκομεία που παρέχουν δωρεάν υπηρεσία στο σημείο της παράδοσης, τα νοσοκομεία πληρώνονται από την κυβέρνηση. (Care and Health, 2011) (για την ιστορική διαδρομή αυτού του μοντέλου βλ (Light, 2003) (T.R Reid, 2010).

### 1.3.3 The Bismarck Model: social health insurance model

Πιο συγκεκριμένα αναπτύχθηκε στη Γερμανία, το μοντέλο αυτό χρηματοδοτείται από ένα ασφαλιστικό σύστημα. Η χρηματοδότηση παρέχεται από τους εργοδότες και τους εργαζόμενους μέσω κρατήσεων από τους μισθούς και καλύπτει το σύνολο του πληθυσμού. Λόγω του αυστηρού ρυθμιστικού ελέγχου από την κυβέρνηση, υπάρχει καλύτερος έλεγχος του κόστους. Στις περισσότερες περιπτώσεις, τουλάχιστον ένα σημαντικό μέρος των εξόδων του ασθενούς επιστρέφονται μέσω αυτών των συστημάτων. Οι περισσότεροι άνθρωποι θα πάρουν πρόσθετη ιδιωτική ασφάλιση για την κάλυψη όλου του κόστους και των επιπλέον χρεώσεων. Ενώ αυτή απευθύνεται κυρίως σε εργοδότες και εργαζόμενους, οι άνεργοι ή αυτοί οι οποίοι δεν εργάζονται τους παρέχεται από την κυβέρνηση πλήρη κάλυψη (Minor, 2010).

### **1.3.4 Το Εθνικό Σύστημα Ασφάλισης Υγείας**

Το μοντέλο Εθνική Ασφάλιση Υγείας (single-payer national health insurance) έχει στοιχεία και των δύο μοντέλων Beveridge και Bismarck. Χρησιμοποιεί τους παρόχους του ιδιωτικού τομέα, αλλά η πληρωμή προέρχεται από ένα κυβερνητικό πρόγραμμα ασφάλισης όπου όλοι οι πολίτες χρηματοδοτούν μέσω ενός premium ή φόρου. Αυτά τα καθολικά ασφαλιστικά προγράμματα τείνουν να είναι λιγότερο ακριβά και έχουν χαμηλότερο διοικητικό κόστος από ότι τα αμερικανικού τύπου για κερδοσκοπικούς σχέδια ασφάλισης. Η Εθνική Ασφάλιση Υγείας σχεδιάζει, επίσης, τον έλεγχο του κόστους από τον περιορισμό των ιατρικών υπηρεσιών που πληρώνουν οι ασθενείς. Το κλασικό σύστημα Εθνική Ασφάλιση Υγείας βρίσκεται στον Καναδά. Το σύστημα αυτό έχει στοιχεία τόσο του Beveridge και Βίσμαρκ μοντέλο.

### **1.3.5 Ιδιωτική Ασφάλιση και από την τσέπη Model**

Σε λιγότερο αναπτυγμένες περιοχές με πολύ λίγους πόρους για να μπορεί να δημιουργηθεί μια μαζική υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού οι ασθενείς θα πρέπει να πληρώνουν για τις διαδικασίες από το ίδιο τους το εισόδημα. Χωρίς αρκετά χρήματα, οι φτωχοί δεν είναι σε θέση να έχουν την κατάλληλη φροντίδα υγείας. Δυστυχώς, η κατάσταση αυτή είναι κοινή στις περισσότερες χώρες, δεδομένου ότι μόνο οι πλουσιότερες χώρες έχουν ισχυρά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Οι ανισότητες του πλούτου οδηγεί σε ανισότητες όσον αφορά την υγεία σε αυτούς τους τομείς (Gaeta *et al.*, 2017, fig. 2,3,4 for cyprus) (Chung, 2017)

## **1.4 Χρηματοδότηση της υγείας**

Η εύρεση πηγών χρηματοδότησης στην υγεία, αλλά και η εύρεση των αναγκαίων πόρων για τη λειτουργία του συστήματος θεωρούνται μείζονα ζητήματα για την εκάστοτε πολιτική ηγεσία του συστήματος υγείας μιας χώρας με ουσιαστικές οικονομικές και ηθικές προεκτάσεις. Τα ερωτήματα που καλούνται να απαντηθούν σε σχέση με την υγεία είναι ποιος πληρώνει, ο τρόπος της πληρωμής, καθώς και ποιος είναι

ο υπεύθυνος φορέας είσπραξης. Οι βασικές αρχές που διέπουν τη χρηματοδότηση της υγείας είναι:

1. Το ποσοστό του εθνικού εισοδήματος που δίνονται στην υγεία δεν πρέπει να ξεπερνούν το όριο, πέραν του οποίου οι επιπλέον πόροι δεν οδηγούν σε ανάλογη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.
2. Η αρχή της μικρο-οικονομικής αποδοτικότητας, σύμφωνα με την οποία η κατανομή των πόρων μεταξύ διαφορετικών υποσυστημάτων πρέπει να μεγιστοποιεί το όφελος.
3. Η αρχή της ισότητας στη χρηματοδότηση.

Οι βασικές πηγές χρηματοδότησης της υγείας διακρίνονται ανάλογα με την πηγή την οποία προέρχονται σε δημόσιες και ιδιωτικές. Σύμφωνα με τον Kutzin (2001), δημόσιες είναι το Υπουργείο Υγείας ή και άλλα Υπουργεία και η υποχρεωτική καθολική ασφάλιση. Ειδικότερα, έσοδα για την υγεία προκύπτουν από τη γενική φορολογία των φυσικών και νομικών προσώπων, όπως ο φόρος εισοδήματος, ο φόρος προστιθέμενης αξίας, ειδικοί φόροι κατανάλωσης κτλ., αλλά και από τις εισφορές των αυτοαπασχολουμένων, τις εισφορές των ατόμων με εξαρτημένη σχέση εργασίας και τις εισφορές ομάδων πληθυσμού, που προσδιορίζονται σύμφωνα με το ύψος του εισοδήματός τους. Αντίθετα, οι ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης είναι οι δωρεές από κοινωφελής οργανώσεις, όπως συναντάται στις τριτοκοσμικές χώρες οι οποίες έχουν πολύ χαμηλό Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν, και στηρίζονται σε σημαντικό βαθμό στην εξωτερική βοήθεια για να χρηματοδοτήσουν τον τομέα της υγείας.

Η κατάσταση της Ιδιωτικής ασφάλειας σε παγκόσμιο επίπεδο διαφέρει από χώρα σε χώρα. Στις περιπτώσεις που η ιδιωτική ασφάλιση λειτουργεί ως πρόσθετη, οι ασφαλισμένοι έχουν ευχερέστερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και αποζημιώνονται για τα έξοδα της οδοντιατρικής περίθαλψης και της αγοράς θεραπευτικού εξοπλισμού. Η συμπληρωτική ιδιωτική ασφάλιση παρέχει μερική ή πλήρη κάλυψη για τις καταβαλλόμενες από τους πολίτες εισφορές (Kutzin, 2001; Crisp, 2015; Sparkes *et al.*, 2019).

Ο υψηλός βαθμός κοινωνικής προστασίας αλλά και συνοχή των κρατών μελών της Ε.Ε επηρεάζονται άμεσα από το σύστημα υγείας των εκάστοτε κρατών μελών της Ε.Ε . Τα

συστήματα υγείας είναι ποικίλα και αντικατοπτρίζουν τις διαφορετικές κοινωνικές συνθήκες και επιλογές. Παρά τις διαφορές ως προς την οργάνωση και τη χρηματοδότηση, θεμελιώνονται σε κοινές αξίες (*Official Journal of the European Union*, 2006), και αυτές είναι :

- καθολικότητα,
- πρόσβαση σε περίθαλψη καλής ποιότητας,
- ισότητα και αλληλεγγύη.

Τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν τις ίδιες προκλήσεις:

- Ο ευρωπαϊκός πληθυσμός γηράσκει και εκτίθεται περισσότερο σε πολλαπλές χρόνιες ασθένειες. Αυτό έχει ως συνέπεια την αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και των δημοσιονομικών πιέσεων,
- Το κόστος των καινοτόμων τεχνολογιών και φαρμάκων αυξάνεται, επιβαρύνοντας τα δημόσια οικονομικά,
- Οι επαγγελματίες του τομέα υγείας δεν είναι ομοιόμορφα κατανομημένοι, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται ελλείψεις σε ορισμένους τομείς περίθαλψης, και
- Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη δεν είναι ισότιμα κατανομημένη, με συνέπεια άνισα αποτελέσματα στον τομέα της υγείας μεταξύ των διαφόρων τμημάτων της κοινωνίας.
- Οι πιέσεις για αύξηση των δαπανών υγείας θα εξακολουθήσουν να ασκούνται. Οι βασικοί αιτιώδεις παράγοντες για την εν λόγω αύξηση είναι οι ακόλουθοι:
  - αύξηση των εισοδημάτων και αύξηση των προσδοκιών για υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας,
  - γήρανση του πληθυσμού, και που σχετίζονται με την ηλικία.

Πέραν των δημοσιονομικών προκλήσεων, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και μακροχρόνιας φροντίδας αντιμετωπίζουν συχνά διαρθρωτικά προβλήματα που σχετίζονται με την αναποτελεσματική κατανομή και χρήση των πόρων στους διάφορους λειτουργικούς τομείς δαπανών. Ο ΟΟΣΑ εκτιμά ότι το ένα πέμπτο των δαπανών υγείας συμβάλλει ελάχιστα ή καθόλου στη βελτίωση της ανθρώπινης υγείας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οδηγεί ακόμη και τεχνολογικές εξελίξεις.

Στο «σενάριο αναφοράς της ομάδας εργασίας για τη δημογραφική γήρανση (AWG)», οι δημόσιες δαπάνες υγείας στην ΕΕ θα αυξηθούν κατά 0,9 εκατοστιαίες μονάδες του ΑΕΠ μέχρι το 2060 (Figure 5). Σύμφωνα με το «σενάριο αναφοράς της ομάδας εργασίας για τη δημογραφική γήρανση», εκτιμάται ότι μέχρι το 2060 θα σημειωθεί μέση αύξηση των δαπανών κατά 1,6 εκατοστιαίες μονάδες του ΑΕΠ (παράρτημα).

Ένας βασικός στόχος της ΕΕ είναι να διασφαλιστεί η βιωσιμότητα των δημόσιων οικονομικών μεσο-μακροπρόθεσμα. Για πολλές χώρες της ΕΕ, οι κίνδυνοι βιωσιμότητας των δημόσιων οικονομικών σχετίζονται σε σημαντικό βαθμό με τις προβλεπόμενες επιπτώσεις των δημόσιων δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη και τη μακροχρόνια φροντίδα σε επιδείνωση των αποτελεσμάτων στον τομέα της υγείας. Οι χώρες θα μπορούσαν δυνητικά να δαπανούν λιγότερα στην υγειονομική περίθαλψη χωρίς να υποβαθμίσουν τις επιδόσεις του συστήματος υγείας ή τα αποτελέσματα του τομέα υγείας.

# Κεφάλαιο 2

Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει εκτενής αναφορά στους διάφορους δείκτες (επιδημιολογικούς) που αφορούν την υγεία του πληθυσμού στην Κύπρο. Μεταξύ άλλων θα εξετάσουμε την θνησιμότητα και το προσδόκιμο ζωής, τις κύριες αιτίες θανάτων και τους παράγοντες κινδύνου για την υγεία. Επιπλέον όλη αυτή η αναφορά θα καταδείξει την διαχρονική εξέλιξη του υγειονομικού προφίλ του πληθυσμού και τις πολιτικές που θα πρέπει να ασκηθούν από μεριάς της Πολιτείας.

## 2.1 Επίπεδο Υγείας του Κυπριακού Πληθυσμού

### 2.1.1 Γενικά

Η Υγεία του πληθυσμού της Κύπρου γενικά βρίσκεται σε πολύ καλό επίπεδο. Αυτό το γεγονός επιβεβαιώνεται και από τα τελευταία διαθέσιμα στατιστικά δεδομένα. Οι υπηρεσίες υγείας στη χώρα παρέχονταν μέσω ενός χρηματοδοτούμενου από τη πολιτεία συστήματος υγείας μέσω του οποίου σχεδόν 3 στους 4 πολίτες της χώρας είχαν δωρεάν πρόσβαση και περίθαλψη. Παράλληλα στο σύστημα υγείας της Κύπρου παρέχεται περίθαλψη και μέσω του ιδιωτικού τομέα, ο οποίος όμως δεν υπόκειται σε κανενός είδους ρύθμιση με αποτέλεσμα την αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας.

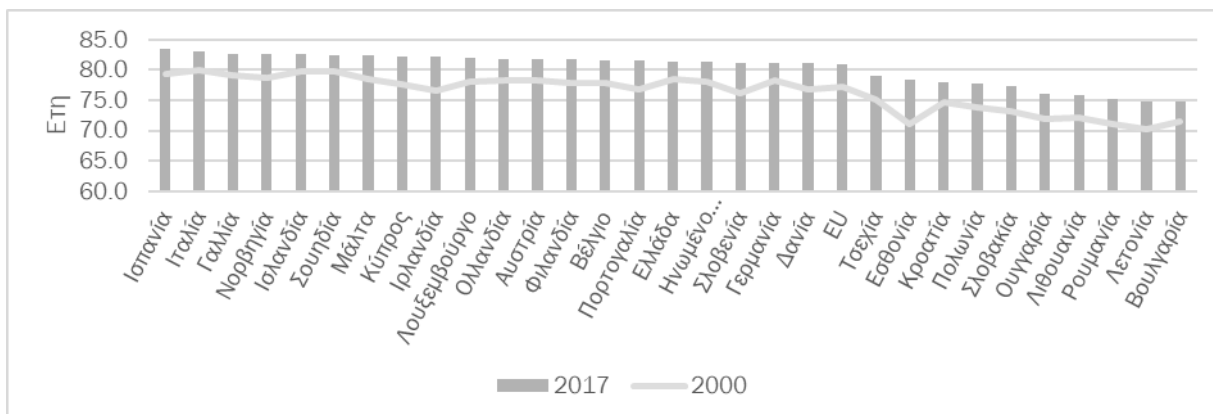
Η συγκρότηση νέου Γενικού Συστήματος Υγείας ψηφίστηκε το 2017 και βρίσκεται επί του παρόντος σε διαδικασία υλοποίησης (από τον Ιούνιο του 2019). Στόχος του είναι να παράσχει καθολική κάλυψη του πληθυσμού, να βελτιώσει την προσβασιμότητα και να αντιμετωπίσει τις ανεπάρκειες όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019)

### 2.1.2 Προσδοκώμενη Διάρκεια ζωής

Το 2017 το προσδόκιμο επιβίωσης για το σύνολο του πληθυσμού της Κύπρου ήταν 82,2 (από 77,7 έτη το 2000) και είναι σε καλύτερο επίπεδο από το μέσο όρο για τις 28 χώρες της ΕΕ που ήταν 80,9 έτη (77,3 έτη για το έτος 2000). (Διάγραμμα 1)

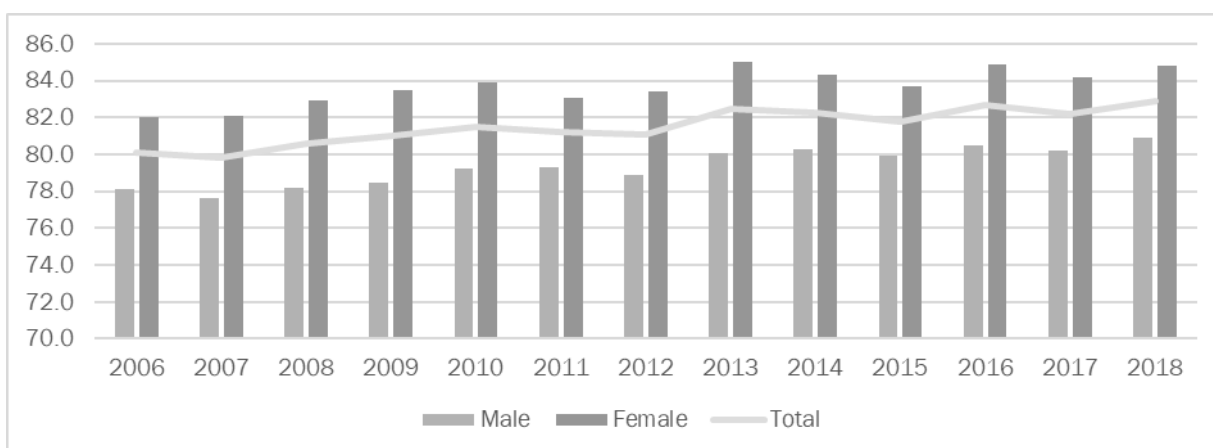


Αναφορικά με το προσδόκιμο ανά φύλο για τους άντρες και τις γυναίκες στην Κύπρο ήταν 80,2 και 84,2 αντίστοιχα. Τα μεγέθη αυτά είναι ψηλότερα από τον μέσο όρο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (όπου για τους άντρες ήταν 78,3 και για τις γυναίκες 83,6) (Διάγραμμα 2).



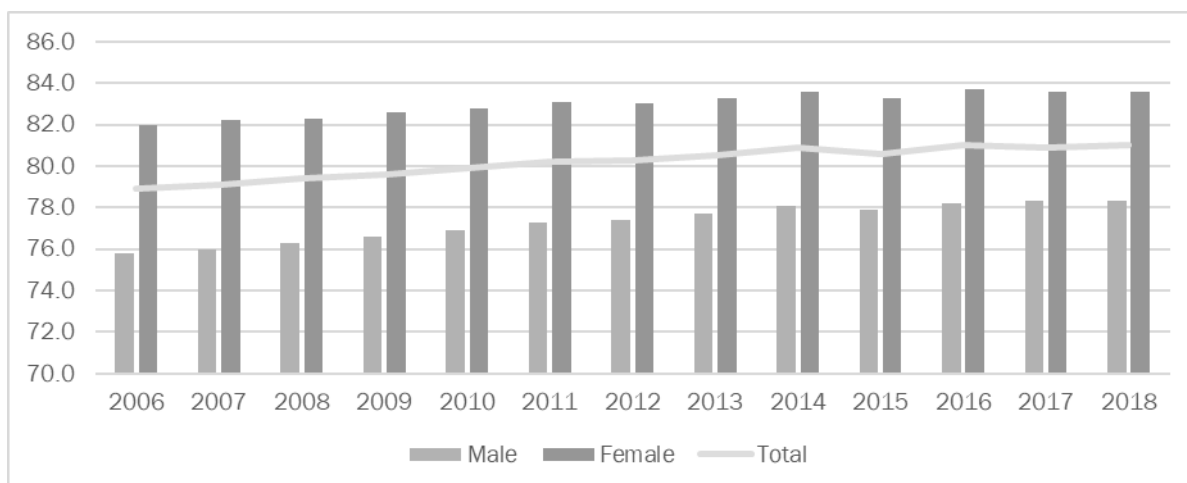
**Διάγραμμα 1:** Προσδόκιμο ζωής την Ε.Ε

Πηγή : (OECD, 2020)



**Διάγραμμα 2:** Προσδόκιμο ζωής ανά φύλο στην Κύπρο

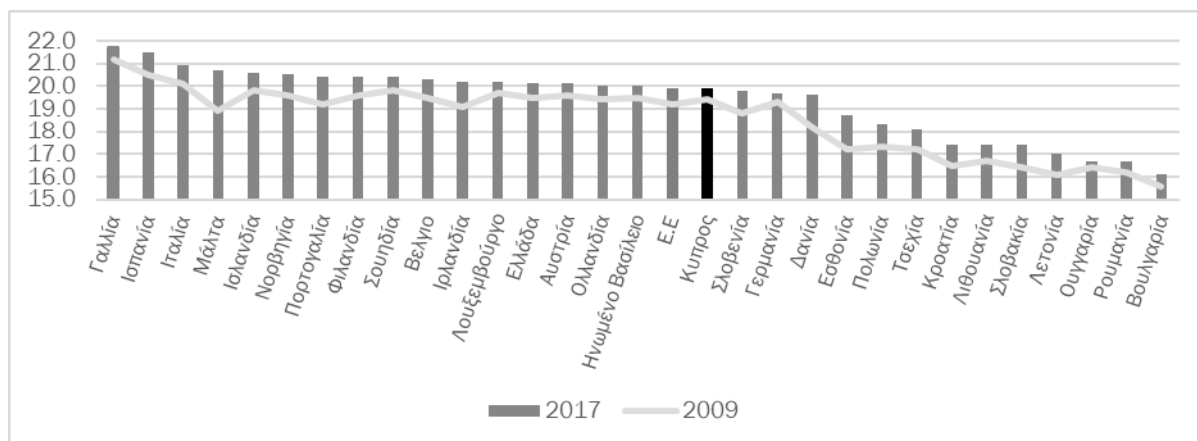
Πηγή : (Eurostat, 2020) (OECD, 2020)



**Διάγραμμα 3:** Προσδόκιμο ζωής ανά φύλο στην Ε.Ε

Πηγή : (OECD, 2020) (Eurostat, 2020)

Το 2017 το προσδόκιμο επιβίωσης στην ηλικία των 65 ετών για το σύνολο του πληθυσμού είναι 19,9 έτη. Ο μέσος όρος των 28 χωρών μελών της ΕΕ ήταν 19,9 έτη για το σύνολο του πληθυσμού. Για τους άντρες είναι 18,1 και για τις γυναίκες 21,4. Για την Κύπρο, το προσδόκιμο επιβίωσης στην ηλικία των 65 ετών είναι 18,6 και 21,2 για τους άντρες και τις γυναίκες αντίστοιχα (Διάγραμμα 3) (Διάγραμμα 4)

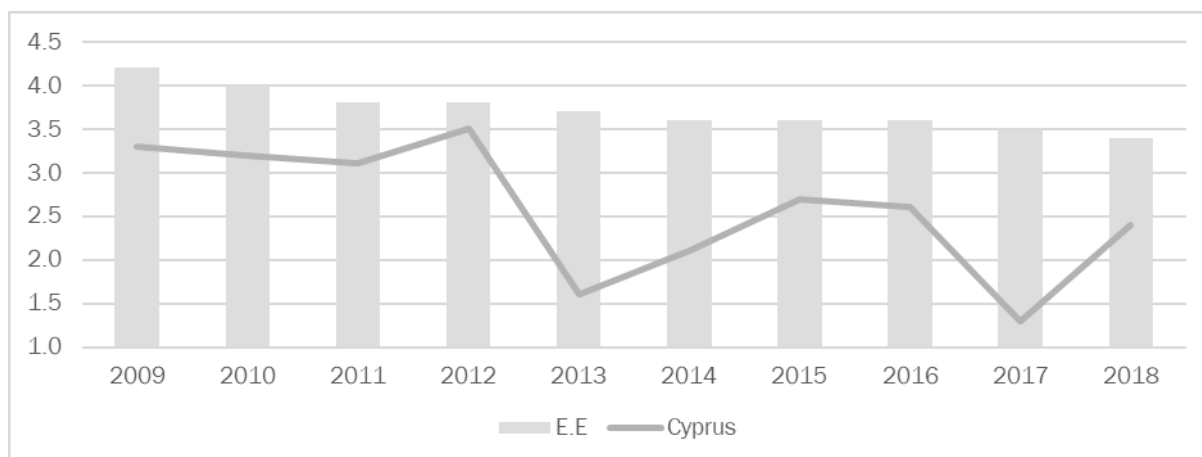


**Διάγραμμα 4:** Προσδόκιμο ζωής για άνω των 65. Συνολικός Πληθυσμός

Πηγή : (Eurostat, 2020) (OECD, 2020)

### 2.1.3 Βρεφική θνησιμότητα

Η βρεφική θνησιμότητα έχει μειωθεί σταδιακά και είναι σε χαμηλότερα επίπεδα από το μέσο όρο της Ε.Ε και είναι από τα χαμηλότερα των χωρών (Διάγραμμα 5).



**Διάγραμμα 5 :** Ποσοστό Βρεφικής Θνησιμότητας

Πηγή : (Eurostat, 2020) (OECD, 2020)

### 2.1.4 Νοσηρότητα

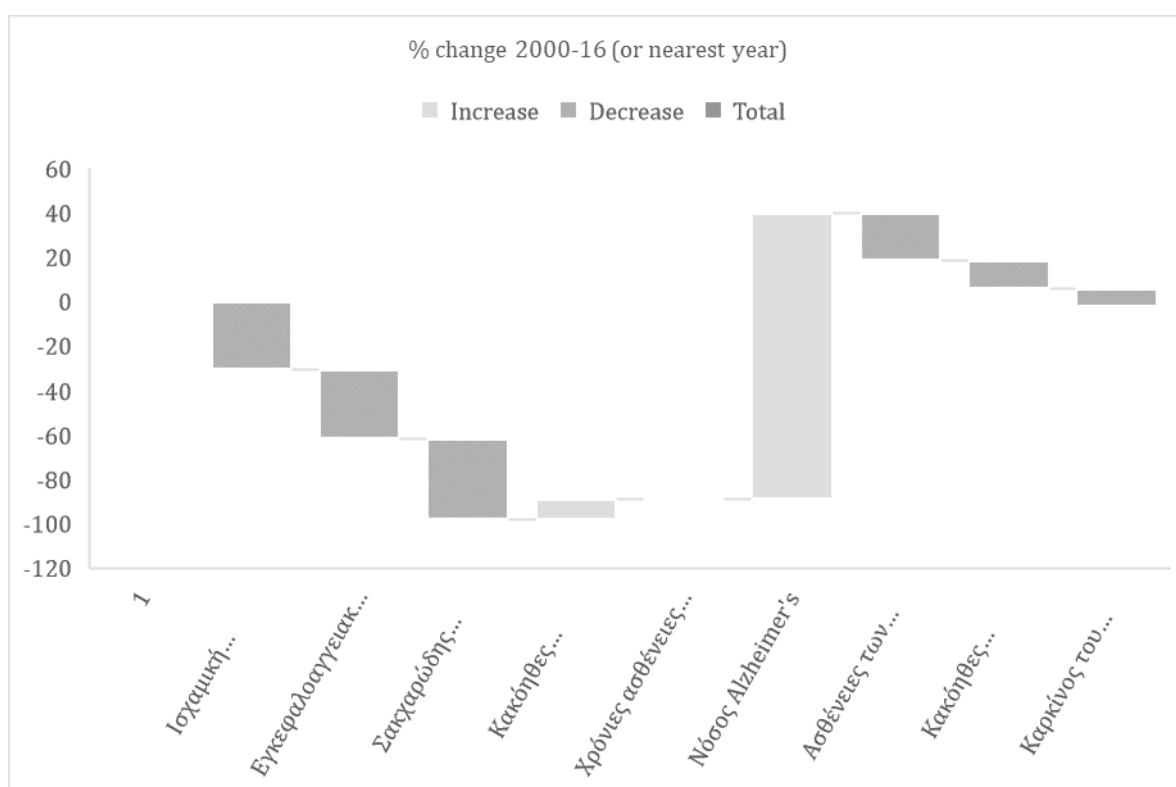
Ο Κυπριακός πληθυσμός αντιμετωπίζει κυρίως προβλήματα που σχετίζονται με τα χρόνια νοσήματα, συννηθέστερα των οποίων είναι τα καρδιαγγειακά και εγκεφαλικά νοσήματα, η υπέρταση, ο καρκίνος και ο διαβήτης (Πίνακας 2), Αξίζει να σημειωθεί ότι η νόσος Alzheimer's παρουσιάζει σημαντική αύξηση κατά την περίοδο 2010-2016. Στη κατηγορία των πολιτών της Κύπρου για άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών η άνοια αντιπροσωπεύει το 6% για το 2018 κάτω και από το μέσο όρο της Ε.Ε (7%) αλλά και από τα χαμηλότερα στην Ε.Ε (OECD/EU, 2018, p. 109) (Διάγραμμα 6).

		2016		2010	2000-16
α/α	Αιτές Θανάτου	per 100 000 population, 2016	α/α	per 100 000 population, 2010	%
1	Ισχαμική Καρδιοπάθεια	100.1	1	145.1	-31.03
2	Εγκεφαλοαγγειακές παθήσεις	66.5	2	96.5	-31.07
3	Σακχαρώδης διαβήτης	53.3	3	83.8	-36.40

4	Κακότητες νεόπλασμα τραχείας, βρόγχου και πνεύμονα	37.5	4	34.3	9.33
5	Χρόνιες ασθένειες κατώτερου αναπνευστικού	27.7	5	27.7	-0.07
6	Νόσος Alzheimer's	22.2	12	9.7	128.56
7	Ασθένειες των νεφρών και του ουρητήρα	19.6	7	24.8	-20.97
8	Κακότητες νεόπλασμα του παχέος εντέρου, ορθογώνιος κόμβος, ορθού, πρωκτού και πρωκτικού καναλιού	18.0	8	20.6	-12.86
9	Καρκίνος του μαστού	16.1	10	17.5	-8.23
10	Κακότητες νεόπλασμα προστάτη	16.0	'---	0	'---

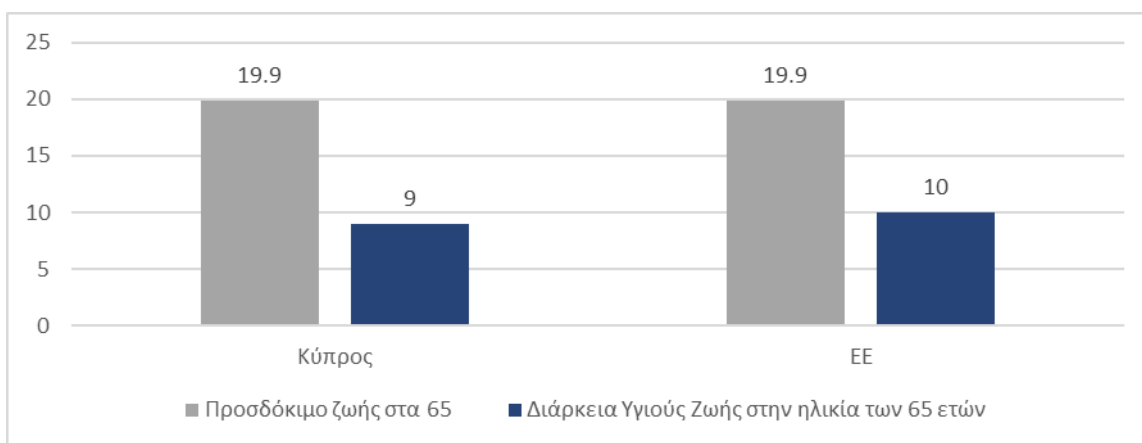
**Πίνακας 2:** Νοσηρότητα του Κυπριακού Πληθυσμού,

Πηγή : (OECD, 2020)

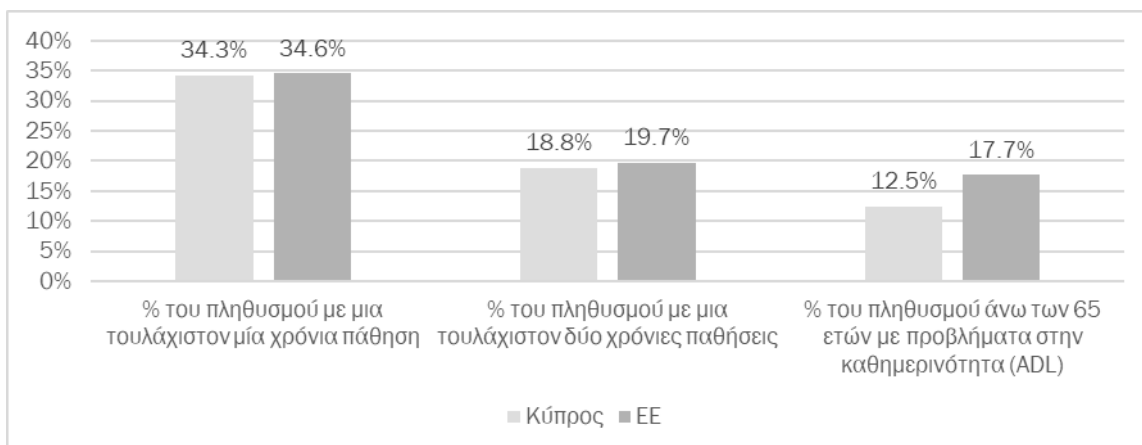


**Διάγραμμα 6:** Μεταβολή της Νοσηρότητας του πληθυσμού

Όπως έχουμε δει, αύξηση του προσδόκιμου ζωής (Διάγραμμα 1) και μείωση των δεικτών γονιμότητας (OECD/EU, 2018, p. 210), έχουν ως αποτέλεσμα η αναλογία των ατόμων με ηλικία άνω των 65 ετών να αυξάνεται σταθερά κατά τις τελευταίες δεκαετίες: ένας στους έξι Κύπριους το 2017 ήταν άνω των 65 ετών, και η αναλογία αυτή αναμένεται να φτάσει τον έναν στους τέσσερις έως το 2050. Το προσδόκιμο ζωής για άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών είναι σχεδόν 20 έτη στην Κύπρο, και λιγότερα από τα μισά από αυτά τα 20 έτη διάγονται χωρίς αναπηρία, αναλογία ελαφρώς χαμηλότερη από τον μέσο όρο των χωρών της ΕΕ.



**Διάγραμμα 7 :** Διάρκεια Ζωής στην ηλικία των 65 ετών



**Διάγραμμα 8 :** % άτομα άνω των 65 με χρόνιες παθήσεις

Τα έτη υγιούς ζωής στην ηλικία των 65 ετών είναι 9,5 για τους άνδρες και 8,5 για τις γυναίκες και ως εκ τούτου, ενώ οι Κύπριες ηλικίας 65 ετών έχουν προσδόκιμο ζωής

περίπου τρία έτη περισσότερα από τους άνδρες, πολύ μεγαλύτερη αναλογία αυτών των ετών διάγεται με χρόνιες παθήσεις και αναπηρίες.

Σχεδόν το ήμισυ (47 %) των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω στην Κύπρο δηλώνουν ότι δεν πάσχουν από χρόνια νοσήματα. Από όσους δηλώνουν το αντίθετο, περίπου το ένα τρίτο (33 %) αναφέρουν ότι πάσχουν από μία χρόνια πάθηση και 19 % δηλώνουν ότι πάσχουν από τουλάχιστον δύο. Τα ποσοστά αυτά είναι αντίστοιχα με τους μέσους όρους όλων των χωρών της ΕΕ. Αντίθετα, λιγότεροι Κύπριοι άνω των 65 ετών αναφέρουν ότι αντιμετωπίζουν περιορισμούς στις βασικές καθημερινές δραστηριότητες (12 % σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ που είναι 18 %,) (Διάγραμμα 7) (Διάγραμμα 8).

## **2.2 Παράγοντες Κινδύνου στην Υγεία**

### **2.2.1 Γενικά**

Το κάπνισμα στην παιδική ηλικία και στην εφηβεία έχει άμεσες και μακροπρόθεσμες συνέπειες για την υγεία. Οι άμεσες αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία περιλαμβάνουν τον εθισμό, τη μειωμένη φυσική κατάσταση και την αντοχή και το άσθμα, ενώ η πρόωρη έναρξη των καπνιστικών συνηθειών αυξάνει τον μακροχρόνιο κίνδυνο των παιδιών από καρδιαγγειακές παθήσεις, αναπνευστικές νόσους και καρκίνο. Τα παιδιά που καπνίζουν είναι επίσης πιο πιθανό να πειραματιστούν με το αλκοόλ και τα παράνομα ναρκωτικά.

Κατά μέσο όρο στις χώρες της ΕΕ, το 25% των ατόμων ηλικίας 15-16 ετών ανέφερε το κάπνισμα τον τελευταίο μήνα το 2015. Περισσότερο από το 30% αυτών κάπνισαν τον προηγούμενο μήνα στη Βουλγαρία, την Κροατία, τη Γερμανία, την Ιταλία και τη Σλοβακία, ενώ λιγότερο από το 15% το έκαναν στο Βέλγιο, στην Ιρλανδία, στη Μάλτα και στη Σουηδία ενώ η Κύπρος βρίσκεται χαμηλότερα και από το μέσο όρο της Ε.Ε στο 19% (ESPAD-Group, 2016, p. 36)

«Οι πολιτικές με στόχο τη μείωση των υψηλών ποσοστών καπνίσματος στην Κύπρο δεν στέφθηκαν από ιδιαίτερη επιτυχία. Το 2017 θεσπίστηκε νέος νόμος (24(I)/2017 Ο ΠΕΡΙ

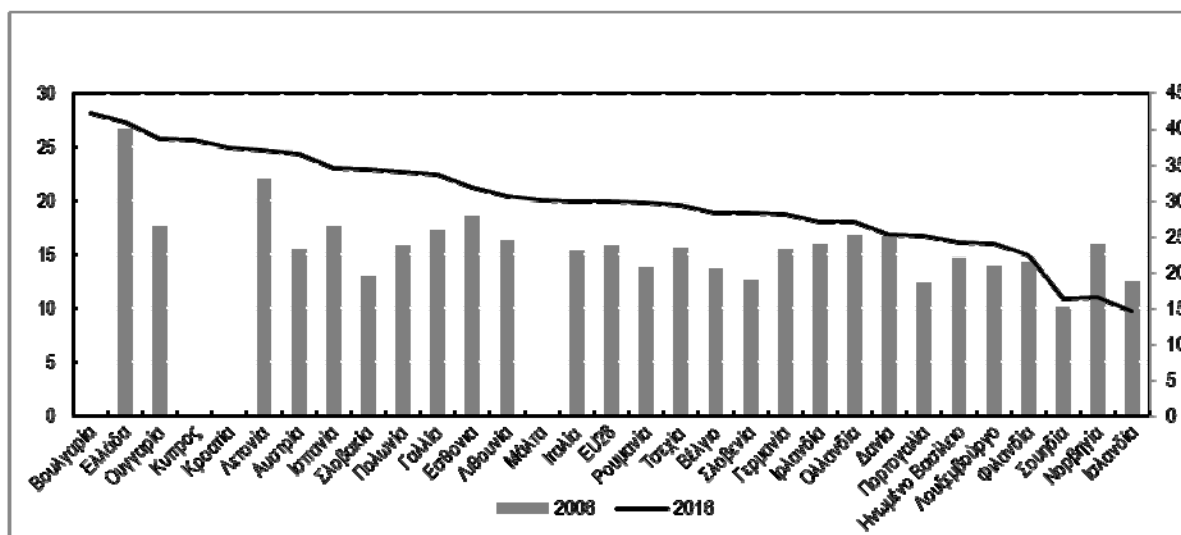
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ) ΝΟΜΟΣ ΤΟΥ 2017) βάσει του οποίου απαγορεύεται το κάπνισμα σε όλους τους δημόσιους χώρους, συμπεριλαμβανομένων των μπαρ, των καφετεριών και των εστιατορίων, και προβλέπονται βαριά πρόστιμα για τους ιδιοκτήτες και τους καπνιστές. Ο νόμος αυτός αντικαθιστά τον προηγούμενο νόμο του 2010, ο οποίος δεν εφαρμόστηκε επαρκώς. Ωστόσο, η απαγόρευση ισχύει μόνο για τους εντελώς κλειστούς εσωτερικούς χώρους και, ως εκ τούτου, υπάρχουν νομικά κενά που μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο εκμετάλλευσης (π.χ. οι χώροι με άνοιγμα σε βεράντα εξαιρούνται). Το κατά πόσον θα εφαρμοστεί επαρκώς ο νόμος εξακολουθεί να αποτελεί πρόβλημα» (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019, p. 10). Διάφοροι παράγοντες ενεργούν στην επιτυχία ή όχι αυτών των πολιτικών. Ένας τρόπος ποσοτικοποίησης αυτών των παραγόντων είναι μέσω του Tobacco Control Scale (TCS) που έχει εισαχθεί έτσι ώστε να μπορεί να μετρηθεί ενιαία η πολιτική στις διάφορες Ευρωπαϊκές χώρες. Σύμφωνα με μελέτες η επιμονή στην εφαρμογή των αντικαπνιστικών μέτρων οδηγεί στην μείωση του καπνίσματος. (Feliu Josa *et al.*, 2018, fig. 2) (Leão *et al.*, 2019) (Mlinarić *et al.*, 2020)

### **2.2.2 Κάπνισμα σε ενήλικες**

Η κατανάλωση καπνού είναι ο μεγαλύτερος κίνδυνος για την υγεία που μπορεί να αποφευχθεί στην Ευρωπαϊκή Ένωση και η σημαντικότερη αιτία πρόωρου θανάτου, με περισσότερους από 300 000 θανάτους ετησίως. σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της (IEME, 2018). Περίπου οι μισοί από τους καπνιστές πεθαίνουν πρόωρα, πεθαίνουν 14 χρόνια νωρίτερα κατά μέσο όρο. Αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου για τουλάχιστον δύο από τις κύριες αιτίες θνησιμότητας, ασθενειών του κυκλοφορικού συστήματος και καρκίνου και αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για πολλές σοβαρές ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος.

Το ποσοστό των ενηλίκων που καπνίζουν καθημερινά ποικίλει περισσότερο από δύο φορές σε όλες τις χώρες της ΕΕ. Είναι η χαμηλότερη στις σκανδιναβικές χώρες (Σουηδία, Φινλανδία, Ισλανδία και Νορβηγία) και η υψηλότερη στη Βουλγαρία, την Ελλάδα, την Ουγγαρία και την Κύπρο.

Κατά μέσο όρο, το ποσοστό των ενηλίκων που καπνίζουν καθημερινά μειώθηκε από 24% το 2006 σε 20% το 2016, με μεγάλες μειώσεις στις σκανδιναβικές χώρες, τις Κάτω Χώρες, τη Λετονία και την Ελλάδα. Οι άνδρες καπνίζουν περισσότερο από τις γυναίκες σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, εκτός από τη Σουηδία και την Ισλανδία, όπου το ποσοστό είναι σχεδόν ίσο (Διάγραμμα 9)

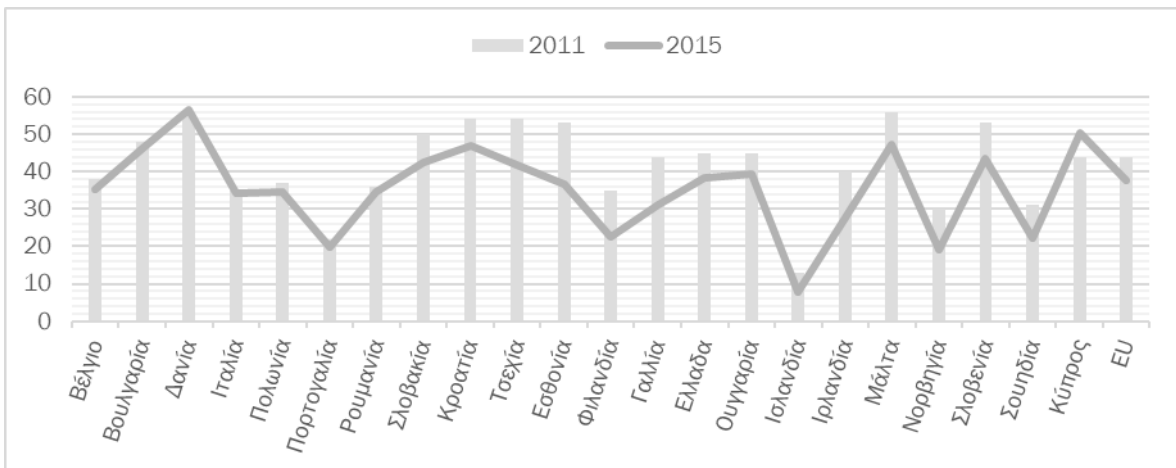


**Διάγραμμα 9 :** Ενήλικες Καπνίζοντες

### 2.2.3 Η κατανάλωση αλκοόλης σε παιδιά

Η χρήση οινοπνεύματος στην εφηβεία συνεχίζει να είναι πολύ κοινή πρακτική των ευρωπαίων εφήβων. Η μπίρα είναι το πιο δημοφιλές αλκοολούχο ποτό, παρόλο που το ποσοστό των 15-16 ετών που αναφέρουν βαριά επεισοδιακά ποτά μειώνονται ελάχιστα τα τελευταία χρόνια σε πολλές χώρες. Περισσότεροι από τα δύο τρίτα των ατόμων ηλικίας 15-16 ετών στη Δανία, την Αυστρία, την Κύπρο, την Τσεχική Δημοκρατία και την Ελλάδα αναφέρουν ότι κατανάλωσαν αλκοόλ τον τελευταίο μήνα, σε σύγκριση με λιγότερο από το ένα τρίτο στη Σουηδία και τη Φινλανδία.



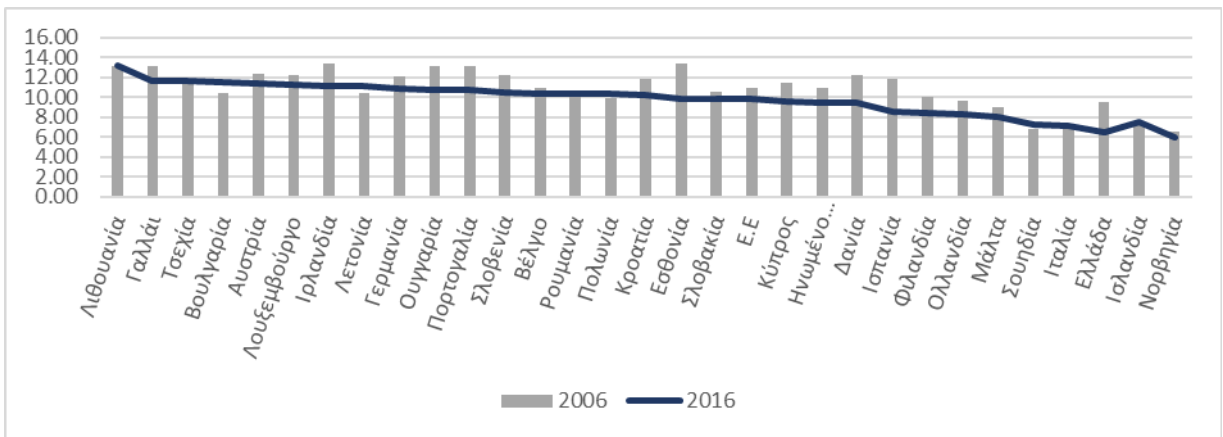


**Διάγραμμα 10 :** Χρήση αλκοόλ σε ηλικίες 15-16 ετών στην Ε.Ε

Από την θετική πλευρά, η αναλογία των εφήβων που αναφέρουν τακτική κατανάλωση αλκοόλης μειώθηκε σημαντικά από το 2011 έως το 2015 στις περισσότερες χώρες, ενώ παρέμεινε σταθερή σε αρκετές άλλες χώρες. Το ποσοστό αυτό έχει αυξηθεί σημαντικά μόνο σε δύο χώρες (Κύπρος και Μαυροβούνιο) (Διάγραμμα 10).

#### 2.2.4 Κατανάλωση αλκοόλης σε ενήλικες

Οι βλάβες που συνδέονται με το αλκοόλ αποτελούν σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, τόσο από άποψη νοσηρότητας όσο και θνησιμότητας. Το αλκοόλ αποτέλεσε τον τρίτο κύριο παράγοντα κινδύνου για την ασθένεια και τη θνησιμότητα μετά τον καπνό και την υψηλή αρτηριακή πίεση στην Ευρώπη το 2012 και αντιστοιχούσε στο 7,6% των θανάτων όλων των ανδρών και στο 4,0% του συνόλου των θανάτων των γυναικών (WHO, 2014). Η υψηλή πρόσληψη αλκοόλ συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο καρδιακών παθήσεων και εγκεφαλικού επεισοδίου, καθώς και κίρρωση του ήπατος και ορισμένων καρκίνων, αλλά ακόμη και η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει τον μακροπρόθεσμο κίνδυνο εμφάνισης τέτοιων ασθενειών (Διάγραμμα 11).



**Διάγραμμα 11 :** Κατανάλωση αλκοόλ σε ενήλικες στην Ε.Ε

## 2.3 Το πρόβλημα της παχυσαρκίας

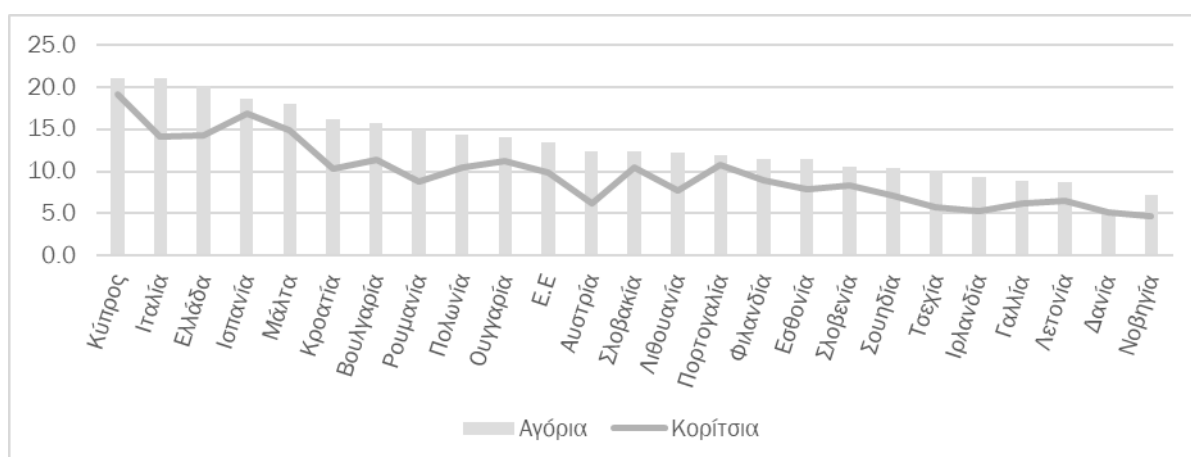
### 2.3.1 Γενικά

Η αύξηση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης που συνδέεται με την αύξηση των ποσοστών παχυσαρκίας είναι μια τάση σε ολόκληρο τον κόσμο, και τόσο το υπέρβαρο όσο και η παχυσαρκία είναι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για τις μη μεταδοτικές ασθένειες (NCD = non-communicable diseases). Το κρίσιμο ζήτημα για την κατανόηση των οικονομικών επιπτώσεων της παχυσαρκίας (Philipson and Posner, 2008) είναι ότι η θνησιμότητα, αν και αυξήθηκε σημαντικά, δεν είναι το μόνο σημαντικό αποτέλεσμα. Η μειωμένη παραγωγικότητα, η αυξημένη αναπηρία, το αυξημένο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης (Bhattacharya and Sood, 2011), η πρόωρη συνταξιοδότηση και η μειωμένη διάρκεια της υγιούς ζωής χωρίς αναπηρία σε ολόκληρο τον κύκλο ζωής - όλα αυτά θα επηρεάσουν τα αποτελέσματα του ανθρώπινου κεφαλαίου σε χώρες - είναι επίσης σημαντικές συνέπειες (Meera Shekar, 2020).

### 2.3.2 Παχυσαρκία στα Παιδιά

Τα παιδιά που είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο κακής υγείας τόσο στην εφηβεία όσο και στην ενηλικίωση. (Andreou *et al.*, 2012) Η

παχυσαρκία μεταξύ των παιδιών συσχετίζεται συχνά με ψυχοκοινωνικά προβλήματα όπως η κακή αυτοεκτίμηση, ο εκφοβισμός στο σχολείο, η έλλειψη επιτεύγματος στο σχολείο, οι διατροφικές διαταραχές και η κατάθλιψη, οδηγώντας σε προβλήματα υγείας και οικονομικά στην ενηλικίωση. Σχεδόν ένα στα οκτώ παιδιά ηλικίας 7-8 ετών είναι παχύσαρκοι κατά μέσο όρο στις χώρες της ΕΕ. Η Κύπρος, η Ιταλία, η Ελλάδα, η Μάλτα και η Ισπανία παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας σε παιδιά ηλικίας 7-8 ετών. Τα χαμηλότερα ποσοστά παιδικής παχυσαρκίας είναι στην Τσεχική Δημοκρατία, τη Δανία, τη Γαλλία, την Ιρλανδία και τη Λετονία (Διάγραμμα 12). Συγκεκριμένα, περισσότερα από ένα στα πέντε αγόρια είναι παχύσαρκοι στην Κύπρο, την Ελλάδα και την Ιταλία. Το Ευρωπαϊκό Σχέδιο Δράσης για τα Τρόφιμα και τη Διατροφή του ΠΟΥ 2016-2020 εγκρίθηκε από την Περιφερειακή Επιτροπή για την Ευρώπη του ΠΟΥ για την Ευρώπη το 2014. Ειδικές επιλογές πολιτικής στο παρόν σχέδιο δράσης περιλαμβάνουν ισχυρότερους περιορισμούς στην εμπορία τροφίμων με υψηλή περιεκτικότητα σε κορεσμένα λιπαρά, προώθηση καλύτερης επισήμανσης στο μέτωπο των συσκευασιών τροφίμων και αυστηρά πρότυπα για τα τρόφιμα που διατίθενται στα σχολεία. Χρησιμοποιώντας μια προσέγγιση της πορείας ζωής, οι δράσεις κυμαίνονται από την προστασία και την προώθηση του αποκλειστικού θηλασμού (Hileti D, Vichas C, Singhal A, Heraclides A, 2019) έως τη βελτίωση του τοπίου της αγοράς παιδικών τροφών, με την αύξηση της πρόσληψης φρούτων και λαχανικών.



**Διάγραμμα 12 :** Παχυσαρκία σε παιδιά ηλικίας 7-8 ετών (ανά φύλο), 2015-17

Το σχέδιο δράσης της ΕΕ για την παιδική παχυσαρκία για την περίοδο 2014-20 έχει ως στόχο να σταματήσει την αύξηση του υπέρβαρου και της παχυσαρκίας στα παιδιά και τους νέους έως το 2020. Βασίζεται σε διάφορους βασικούς τομείς δράσης, συμπεριλαμβανομένης της υποστήριξης ενός υγιούς ξεκινήματος στη ζωή και της προαγωγής υγιέστερου περιβάλλοντος, ιδίως στα σχολεία και τις προσχολικές σχολές (π.χ. περιορισμός της έκθεσης σε λιγότερο υγιεινές διατροφικές επιλογές και εξασφάλιση πρόσβασης σε πόσιμο νερό).

### **2.3.3 Παχυσαρκία μεταξύ των ενηλίκων**

Η παχυσαρκία είναι ένας γνωστός παράγοντας κινδύνου για πολλά προβλήματα υγείας, όπως η υπέρταση, η υψηλή χοληστερόλη, ο διαβήτης, οι καρδιαγγειακές παθήσεις και κάποιες μορφές καρκίνου. Δεδομένου ότι η παχυσαρκία συνδέεται με υψηλότερους κινδύνους χρόνιων ασθενειών, συνδέεται με σημαντικά πρόσθετα έξοδα για την υγειονομική περίθαλψη καθώς και με σημαντικό έμμεσο κόστος λόγω της χαμηλότερης απασχόλησης και της απώλειας παραγωγικότητας της εργασίας. Κατά μέσο όρο σε όλες τις χώρες της ΕΕ, το 16% των ενηλίκων ήταν παχύσαρκοι το 2014, σύμφωνα με στοιχεία που αυτοαναφέρθηκαν από τους ανθρώπους. Τα ποσοστά παχυσαρκίας μεταξύ ενηλίκων διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των χωρών της ΕΕ, από 9% στη Ρουμανία έως 26% στη Μάλτα.

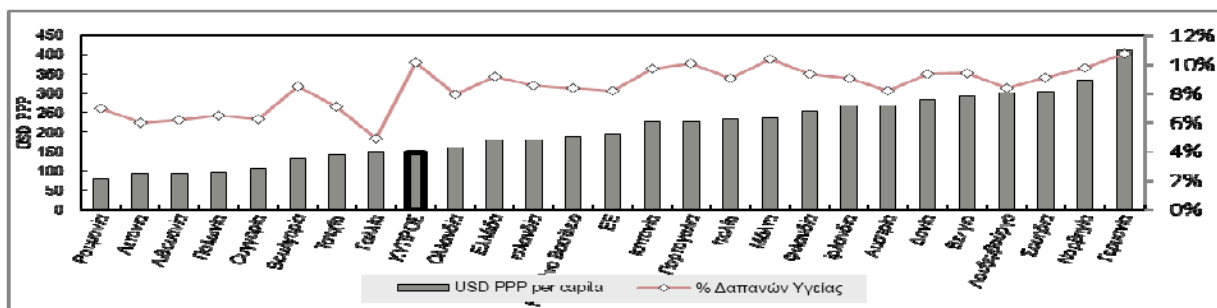
## **2.4 Το Πρόβλημα του Διαβήτη**

Ο αριθμός των ατόμων με διαβήτη στον κόσμο έχει τετραπλασιαστεί από το 1980. Η αύξηση του πληθυσμού και η γήρανση έχουν συμβάλει σε αυτήν την αύξηση, αλλά δεν ευθύνονται αποκλειστικά για αυτό. Η επικράτηση του διαβήτη αυξάνεται σε όλες τις περιοχές. Παγκοσμίως η επικράτηση του διαβήτη από το 1980 έως το 2014, αντανάκλα την αύξηση του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας (W.H.O., 2016). Ο διαβήτης είναι μια σοβαρή απειλή για την υγεία του πληθυσμού και ιδιαίτερα της Κύπρου (βλ. **Πίνακας 2** και Διάγραμμα 6) αλλά και αυτής της ευρύτερης γεωγραφικά περιοχής της Μέσης Ανατολής παρά τα διαφορετικά κοινωνικοοικονομικά και πολιτιστικά περιβάλλοντα ((Meo *et al.*, 2019).

Οι διαβητικοί ασθενείς στην Κύπρο εμφανίζονται πρόθυμοι να υποστηρίξουν μια αλλαγή πρακτικής για να λαμβάνουν θεραπεία όχι μόνο στον ιδιωτικό αλλά και στο δημόσιο τομέα. Η επικείμενη Εθνική Υπηρεσία Ασφάλισης Υγείας στοχεύει στην αντιμετώπιση τέτοιων εξελίξεων όπως αναμενόταν τόσο μέσα στις συστάσεις της ευρωπαϊκής τρόικας όσο και στους σχετικούς νόμους (Tinelli *et al.*, 2018).

Επιπλέον σε μελέτες που έχουν γίνει σε ένα ευρύ φάσμα του πληθυσμού στην Κύπρο επιβεβαιώνουν το γεγονός ότι ο διαβήτης αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα θέματα υγείας που αντιμετωπίζει η χώρα και συνδέεται με πολλούς παράγοντες όπως βάρος, υπέρταση κ.α. (Andreou *et al.*, 2017). Κατά την περίοδο 2020-2050, το υπερβολικό βάρος και οι σχετικές ασθένειές του θα μειώσουν το προσδόκιμο ζωής κατά περίπου 3 χρόνια σε χώρες του ΟΟΣΑ, της ΕΕ28 και της ομάδας G20. Στη Κύπρο αυτό φαίνεται να είναι περίπου όσο και ο μέσος όρος της Ε.Ε.(2,7 έτη). ((OECD, 2019).

Διάφορες αναλύσεις, χρησιμοποιώντας διαφορετικές μεθόδους, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο αντίκτυπος του υπερβολικού βάρους στις δαπάνες για την υγεία θα κυμαινόταν μεταξύ 1,9% και 7,9% του συνολικού προϋπολογισμού υγειονομικής περίθαλψης μιας χώρας (Διάγραμμα 13).



**Διάγραμμα 13 :** Δαπάνες Υγείας που σχετίζονται με την παχυσαρκία (Μέσος Όρος 2020-2050)

Πηγή : (OECD, 2019)

## 2.5 Παράγοντες Κινδύνου

Η υγεία και η ευημερία επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες - εκείνους που συνδέονται με κακή υγεία, αναπηρία, ασθένεια ή θάνατο, είναι γνωστοί **ως παράγοντες κινδύνου** (risk factors). Ένας παράγοντας κινδύνου είναι ένα χαρακτηριστικό, μια κατάσταση ή μια συμπεριφορά που αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης ασθένειας ή τραυματισμού. Οι παράγοντες κινδύνου παρουσιάζονται συχνά ξεχωριστά, ωστόσο στην πράξη δεν εμφανίζονται μόνοι τους. Συχνά συνυπάρχουν και αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους. Γενικά, οι παράγοντες κινδύνου μπορούν να ταξινομηθούν στις ακόλουθες ομάδες:

- Συμπεριφορική (behavioral)
- Φυσιολογική (physiological)
- Δημογραφική
- Περιβαλλοντική
- Γενετική

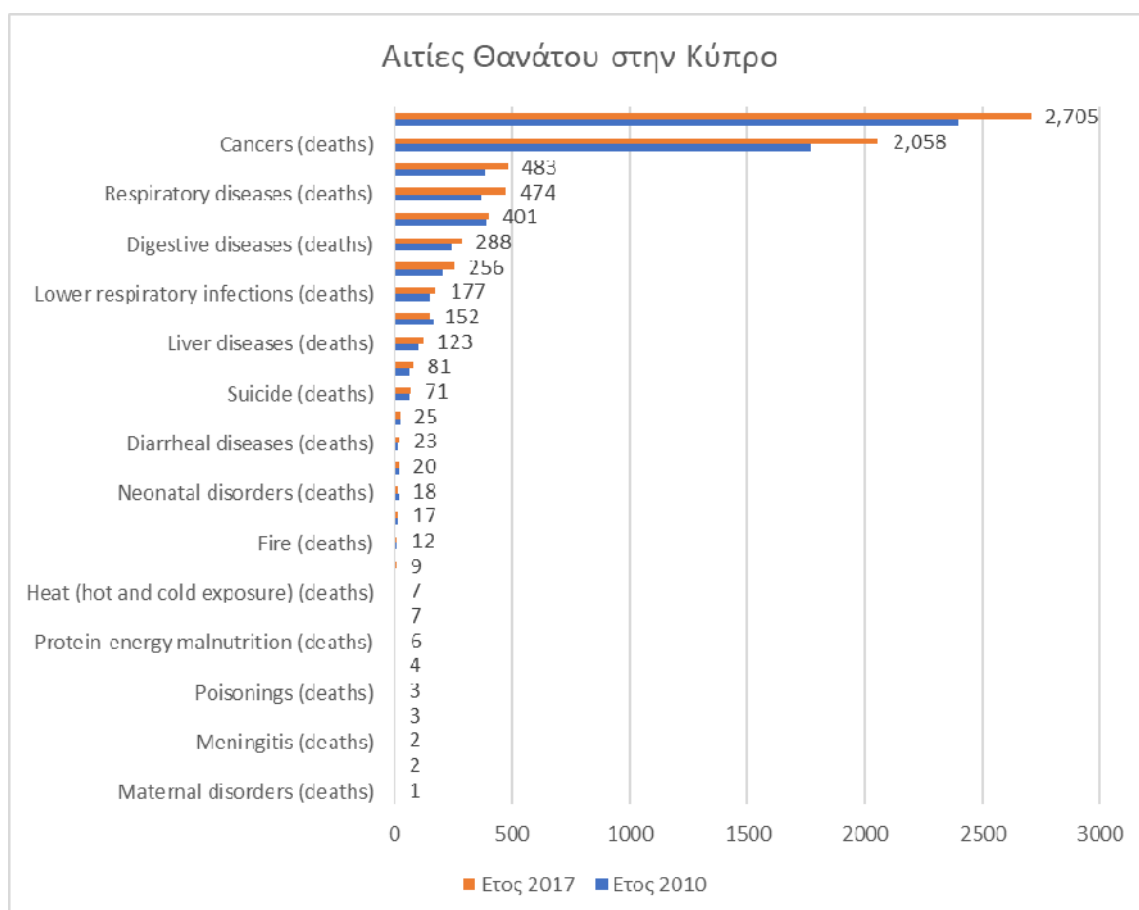
Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), (World Health Organisation, 2009, p. 11) Οι έξι κύριοι παράγοντες κινδύνου συνδέονται με τη δυνητική ανάπτυξη μακροχρόνιων ασθενειών, όπως οι καρδιακές παθήσεις, ο διαβήτης και οι καρκίνοι (Πίνακας 3).

Κατάταξη	Παράγοντας Κινδύνου	% συνόλου θανάτων
1	High blood pressure	12,8
2	Tobacco use	8,7
3	High blood glucose	5,8
4	Physical inactivity	5,5
5	Overweight and obesity	4,8
6	High cholesterol	4,5
7	Unprotected sex	4,0
8	Alcohol use	3,8

9	Childhood underweight	3,8
10	Indoor smoke from solid fuels	3,0

**Πίνακας 3 :** WHO βασικότεροι παράγοντες κινδύνου για θανάτους

Επιπλέον αυτών των παραγόντων διάφορες μελέτες ερευνούν μια σειρά μεταβολικών, περιβαλλοντικών, επαγγελματικών και συμπεριφορικών κινδύνων ανά τόπο και χρόνο δεικνύοντας την προσπάθεια και προσοχή μας στην ανάλυση και αξιολόγηση αυτών (Collaborators, 2017). Ειδικότερα για την Κύπρο (Διάγραμμα 14) μελέτες προσπαθούν να ερευνήσουν όλους αυτούς τους κινδύνους συγκρίνοντάς τα και με άλλες χώρες (Tyronoulas *et al.*, 2018, fig. 4) και (Stylianou-Riga *et al.*, 2018) (Fisher, Kaitelidou and Samoutis, 2019)



**Διάγραμμα 14 :** Αιτίες Θανάτου στη Κύπρο

# Κεφάλαιο 3

## 3.1 Γενικά

Θα μελετήσουμε τα δύο συστήματα που λειτουργούν παράλληλα στην Κύπρο και εν πολλοίς ανεξάρτητα το ένα από το άλλο. Τον δημόσιο τομέα και τον ιδιωτικό τομέα καθώς και τις σχετικές δαπάνες. Επίσης θα μελετηθούν οι πάροχοι υγείας, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, φαρμακευτικές εταιρείες και φαρμακοποιούς, κλινικά εργαστήρια, νοσηλευτήρια, τμήματα ατυχημάτων & επειγόντων περιστατικών (ΤΑΕΠ) καθώς και τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό.

## 3.2 Ο κλάδος Υγείας της Κύπρου

### 3.2.1 Γενικά

Το Κυπριακό Σύστημα Υγείας (ΚΣΥ) 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 ΚΣΥ. 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 (ΕΣΥ). Η Κύπρος μέχρι πρότινος αποτελούσε το μοναδικό κράτος της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) που στερείτο ενός ΕΣΥ, το οποίο να καλύπτει ολόκληρο τον πληθυσμό.

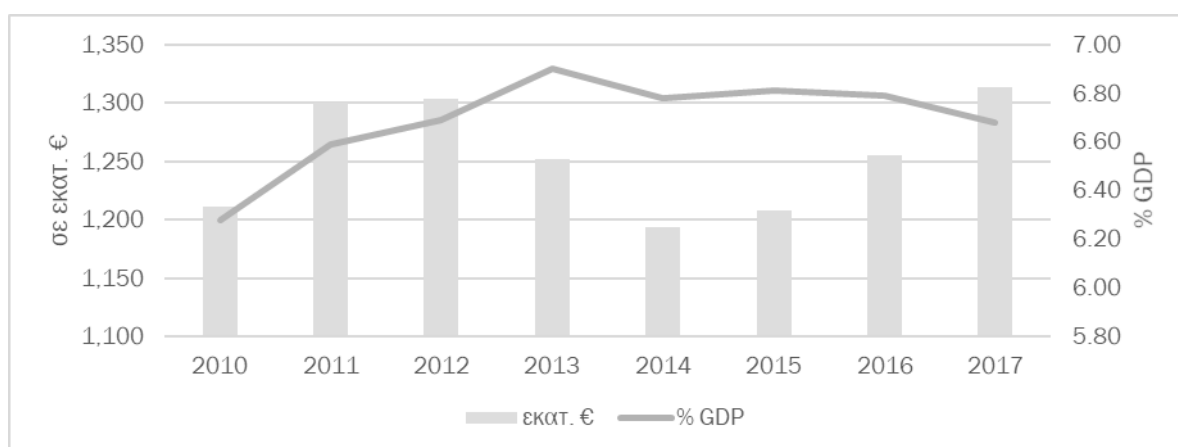
Ως αποτέλεσμα των πιο πάνω, το ΚΣΥ αντιμετώπισε σοβαρά προβλήματα σε σχέση με τη αδυναμία άσκησης πολιτικής υγείας στο πληθυσμό λόγω της απουσίας σχεδιασμού



στη δομή, οργάνωση και τη λειτουργία του συστήματος, καθώς και με τις ανισότητες στην προσφορά υπηρεσιών υγείας. (Χαραλάμπους and Σωκράτους, 2009; Stamati and Baeten, 2015)

### 3.2.2 Δαπάνες Υγείας στην Κύπρο

Το Σύστημα Υγείας της Κύπρου εθεωρείτο ετεροχρονισμένο χωρίς να υπάρχει κάποιο Εθνικό Σύστημα Ασφάλισης Υγείας και με τις υπηρεσίες να παρέχονται από το Δημόσιο και Ιδιωτικό Τομέα (Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2017). Οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ έχουν αυξηθεί από 6.3% το 2010 σε 6.7% το 2017 (Διάγραμμα 15)

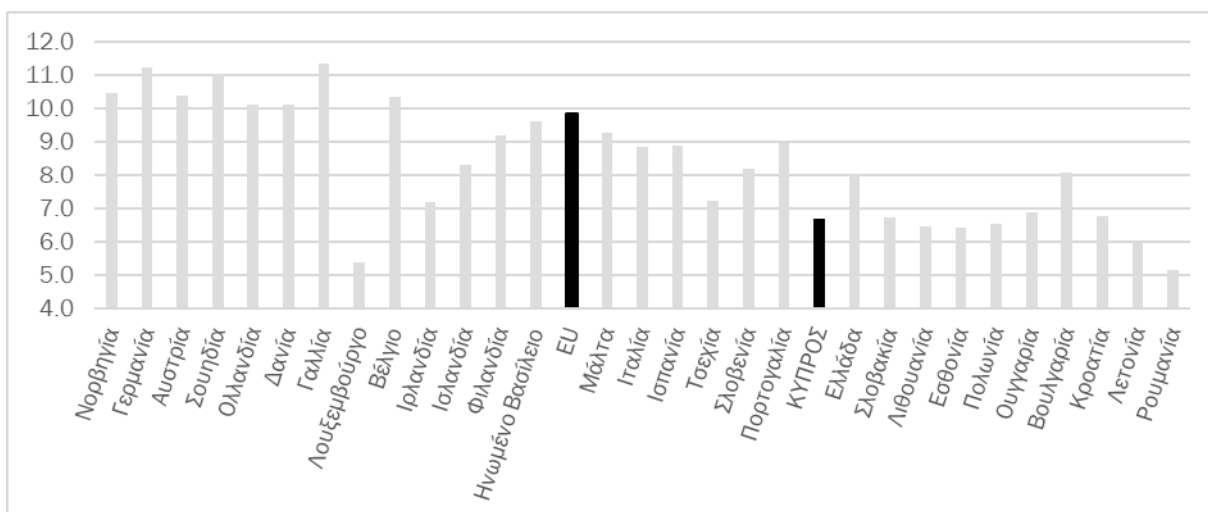


**Διάγραμμα 15:** Δαπάνες υγείας στην Κύπρο,

Πηγή : (*Healthcare expenditure across the EU: 10% of GDP, 2020*)

Καθόλη τη διάρκεια αυτής της περιόδου η Κύπρος βρισκόταν σε περίοδο κρίσης με την Τρόικα να έχει εισέλθει στα δημοσιονομικά θέματα της χώρας. Παρόλο που η Κύπρος είναι η μοναδική χώρα που δεν διέθετε Εθνικό σύστημα Υγείας η σχέση μεταξύ ανάπτυξης και δαπανών υγείας υπήρξε θετική και φαινόταν η ανάγκη μιας σοβαρής παρέμβασης από μέρους της πολιτείας προκειμένου να υπάρξει μια εξορθολόγηση των δαπανών του συστήματος (Petrou, 2014, 2015; Petrou and Vandonos, 2018; Stepovic, 2019)

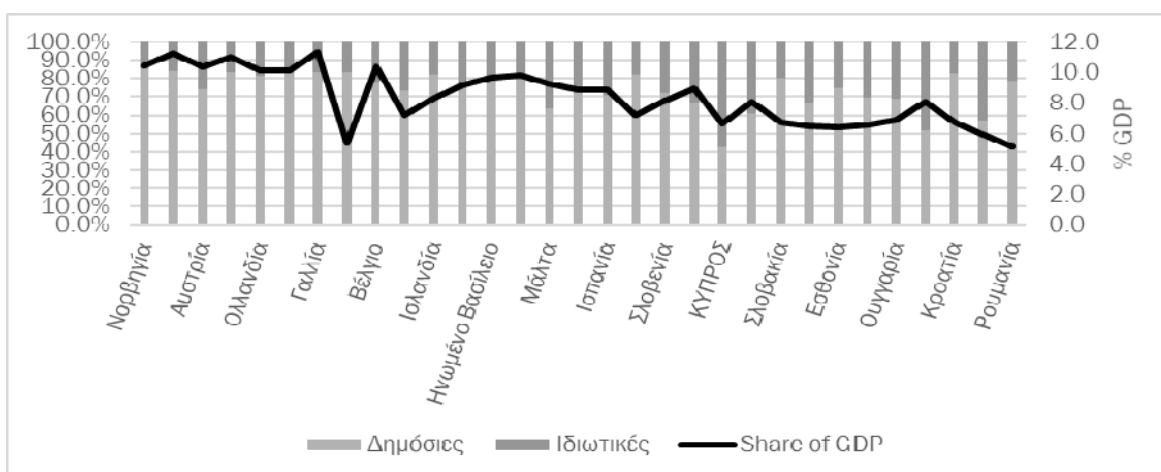
Παράλληλα όμως παραμένει ένα από τα μικρότερα σε αυτό της Ε.Ε χαμηλότερο και από το μέσο όρο αυτής (Διάγραμμα 16)



**Διάγραμμα 16:** Δαπάνες υγείας ως % στην Ε.Ε

Πηγή : (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019)

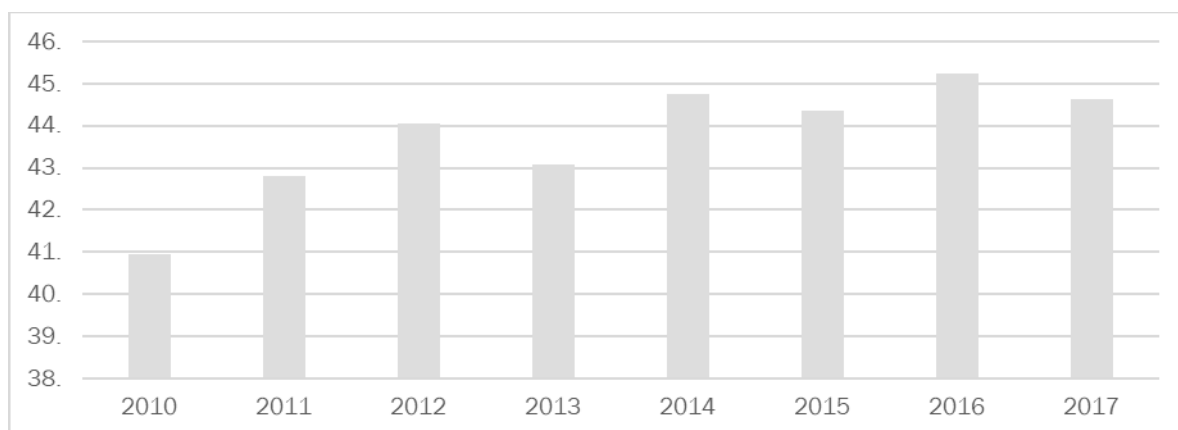
Οι δημόσιες δαπάνες υγείας το 2017 κάλυπταν το 42,6% των συνολικών δαπανών υγείας καθιστώντας τις ως ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά στην ΕΕ, με μέσο όρο 79,3% (Διάγραμμα 17). Αντίθετα, το ποσοστό δαπανών του ιδιωτικού τομέα το 2017 ανήλθε στο 57,4% των συνολικών δαπανών υγείας και είναι πολύ ψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (20,7%).



**Διάγραμμα 17 :** % Δημοσίων και Ιδιωτικών Δαπανών Υγείας

Πηγή : (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019)

Τέλος, το ποσοστό του πραγματικού κόστους των νοικοκυριών για την υγεία (out-of-pocket expenditure) επί των συνολικών δαπανών υγείας (δημόσιου και ιδιωτικού τομέα) ανέρχεται στο 44,64% το 2017, ενώ το ποσοστό αυτό στην ΕΕ είναι 20,7% (Διάγραμμα 18.)



**Διάγραμμα 18** : out-of -rocket δαπάνες υγείας στην Κύπρο

Πηγή : (Healthcare expenditure across the EU: 10% of GDP, 2020)

Έρευνες επιβεβαιώνουν τις αδυναμίες του συστήματος υγείας της Κύπρου, υποδεικνύοντας τόσο την έκταση της μαύρης οικονομίας όσο και την έλλειψη ικανοποίησης των χρηστών στην παροχή υπηρεσιών δημόσιας υγείας, η οποία αναπόφευκτα οδηγεί στην αυξημένη χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και out-of-pocket expenditure (Pittokoritou-Papiri, , Eleni Jelastopulu and Andrioti and George Charalambous, 2017, p. 18). επίσης ένα από τα προβλήματα που είχαν διαπιστωθεί είναι ότι οι δαπάνες αυτές δεν λειτουργούν ως συμπληρωματικές δαπάνες στο σύστημα υγείας αλλά ως υποκατάστατες πράγμα που δηλώνει τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο κλάδος υγείας στην Κύπρο (Grima *et al.*, 2018)

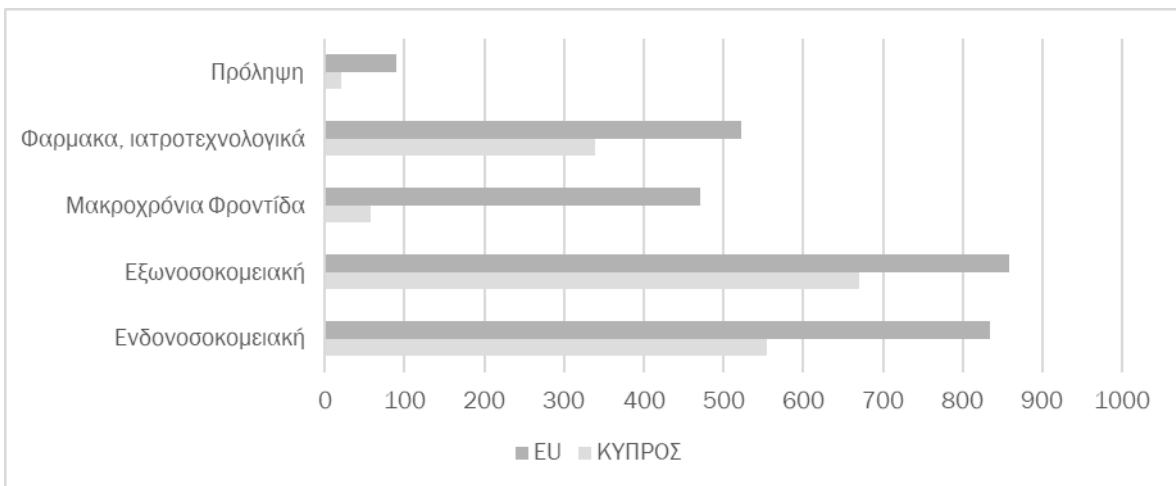
Στην Κύπρο το Υπουργείο Υγείας είναι και το αρμόδιο για τη διασφάλιση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας για όλους τους δικαιούχους και χρηματοδοτείται αποκλειστικά από το δημόσιο προϋπολογισμό. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από τα

έξι (6) κύρια περιφερειακά νοσηλευτήρια και ένα (1) παιδιατρικό/γυναικολογικό νοσηλευτήριο, δύο (2) μικρά αγροτικά νοσηλευτήρια και σαράντα τρία (43) κέντρα υγείας, καθώς επίσης και από διακόσια τριάντα πέντε (235) υπό-κέντρα με περιοδεύοντες ομάδες ιατρών. Επιπλέον, το Υπουργείο εφαρμόζει σχέδιο παροχής οικονομικής αρωγής για υπηρεσίες που δεν προσφέρονται στο δημόσιο τομέα, υπό συγκεκριμένους όρους και προϋποθέσεις. Στην παρούσα χρονική περίοδο, ο δημόσιος προϋπολογισμός πιέζεται από την αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών υγείας από τα δημόσια νοσηλευτήρια, τη στιγμή που η οικονομική κρίση εντείνει τα προβλήματα με αρνητικές συνέπειες για τον ίδιο τον πληθυσμό.

Ο ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας χρηματοδοτείται από τους ίδιους τους ασθενείς και από εθελοντική ασφάλιση υγείας. Οι υπηρεσίες υγείας του τομέα αυτού παρέχονται από κερδοσκοπικού χαρακτήρα νοσοκομεία, πολυκλινικές, κλινικές, διαγνωστικά κέντρα, φαρμακεία και ανεξάρτητους επαγγελματίες, τα οποία υπάγονται στον έλεγχο, ρύθμιση και αδειοδότηση του Υπουργείου Υγείας.

Υπό το πρίσμα αυτό, το Υπουργείο Υγείας είναι υπεύθυνο για το σχεδιασμό, την οργάνωση, τη διαχείριση και τη ρύθμιση του τομέα της υγείας στοχεύοντας στη βέλτιστη λειτουργία του. **Με στόχο της βελτίωση της λειτουργίας του Συστήματος Υγείας, το Υπουργείο Υγείας προχωρεί σε πλήρη μεταρρύθμισή του.** (Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2017)

Αναφορικά με τη διάρθρωση των δαπανών υγείας στην Κύπρο ανά άτομο δαπανάται μικρότερο ποσό ανά άτομο σε όλες τις κατηγορίες (ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και μακροχρόνια φροντίδα) σε σύγκριση με τους μέσους όρους της ΕΕ (Διάγραμμα 19).



**Διάγραμμα 19 :** Δαπάνες Υγείας ανά κατηγορία ανά άτομο

Πηγή : (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019)

Η Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη είναι λίγο περισσότερο από το 40 % των δαπανών που διατίθεται και είναι από τα υψηλότερα ποσοστά στην ΕΕ (ο μέσος όρος της ΕΕ είναι 29,7 %). Η ίδια περίπου εικόνα αφορά και τις δαπάνες για ενδοσοκομειακή περίθαλψη. Περίπου το ένα πέμπτο των πόρων δαπανάται σε ιατρικά προϊόντα, κυρίως φάρμακα, αναλογία που υπερβαίνει ελαφρώς τον μέσο όρο στην ΕΕ (18,1%). Οι δαπάνες για υπηρεσίες πρόληψης είναι πολύ χαμηλότερες από τον μέσο όρο της ΕΕ. Η μακροχρόνια φροντίδα επίσης λαμβάνει χαμηλά επίπεδα χρηματοδότησης, 3,5 % των τρεχουσών δαπανών υγείας σε αντίθεση με τον πολύ υψηλότερο μέσο όρο στην ΕΕ (16,3 %) (Διάγραμμα 20).

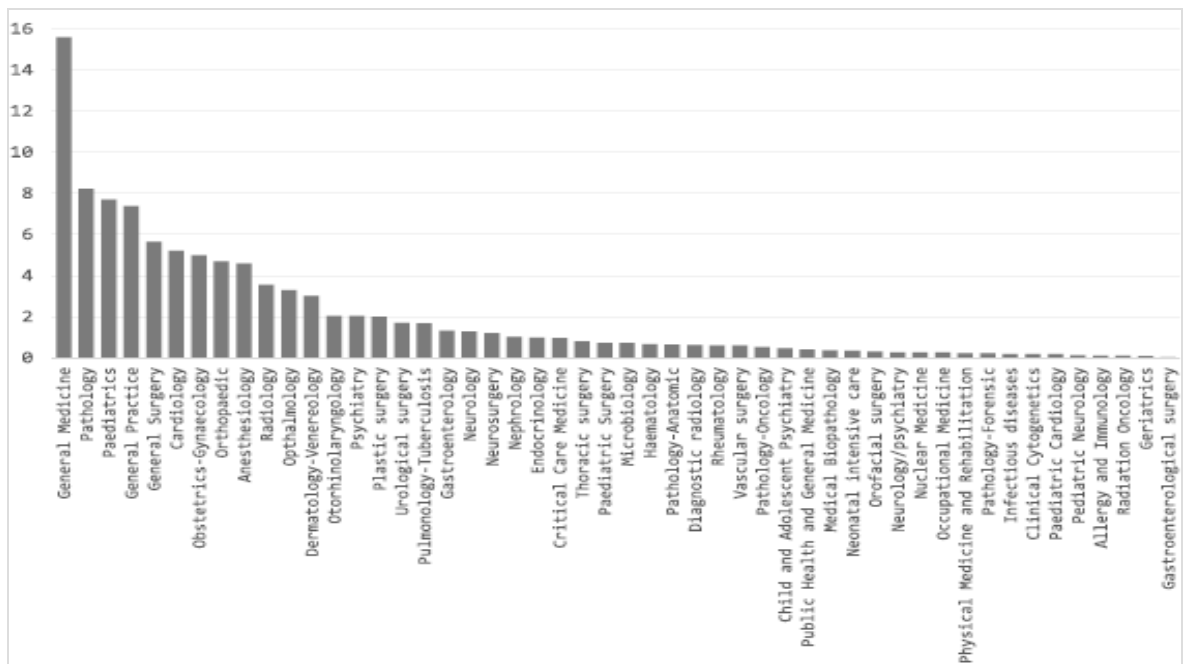


**Διάγραμμα 20 :** Δαπάνες υγείας ανά κατηγορία

### 3.2.3 Ιατρικό προσωπικό στην Κύπρο

Στην Κύπρο υπάρχουν 3.651 εγγεγραμμένοι ιατροί, εκ των οποίων 2.267 είναι άνδρες (62%) και 1.384 γυναίκες (38%) επίσημα εγγεγραμμένοι και νόμιμα ελεγμένοι για να μπορούν να εργαστούν στην Κύπρο. Με πάνω από το 50% οι ιατροί αυτοί έχουν σπουδές και εκπαίδευση στην Ελλάδα ακολουθούμενη από χώρες της Ανατολικής και Νοτιοανατολικής Ευρώπης, π.χ. Ρωσία, Βουλγαρία, Κεντρική Ευρώπη π.χ. Ουγγαρία, Τσεχική Δημοκρατία, Ηνωμένο Βασίλειο και Ασία (Pallari, Samoutis and Rudd, 2020, fig. 4).

Το 16% των εγγεγραμμένων ειδικοτήτων για τους ιατρούς στην Κύπρο έχει αποκτήσει το πτυχίο του ως ιατρός χωρίς περαιτέρω εξειδίκευση, ενώ το 7% είναι γενικοί ιατροί. Επίσης περίπου το 4% των εγγεγραμμένων ιατρών έχουν μια δεύτερη ειδικότητα. Ο αριθμός των ιατρών στην Κύπρο παρουσίασε τη μεγαλύτερη σχετική αύξηση σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ και αυξήθηκε από 297 ανά 100.000 κατοίκους το 2011 σε 377 ανά 100.000 κατοίκους το 2016 (World Health Organisation, 2016), σε 385 για το 2019. Ωστόσο, και βάσει 948.513 πληθυσμού ελεγχόμενης περιοχής της Κύπρου για το 2019, δεν είναι σαφές γιατί υπήρξε μείωση του αριθμού των ιατρών χειρουργικής ειδικότητας από πάνω από 100 ανά 100.000 κατοίκους σε 71 ανά 100.000 κατοίκους. Αν και η αναλογία των ειδικών προς τους γενικούς στην Κύπρο ήταν συγκρίσιμη με άλλα κράτη μέλη της ΕΕ το 2016, αυτό παρέμεινε σταθερό για το 2019 (3:1). Ίσως πρέπει να εξεταστεί η αύξηση της διαφάνειας στις διαδικασίες καταγραφής της εγγραφής των ιατρών στη βάση δεδομένων και η προσθήκη ενός αλγορίθμου ασφαλείας που δεν θα επιτρέπει την καταχώριση, εκτός εάν τα απαραίτητα δεδομένα και οι σχετικές πληροφορίες έχουν ληφθεί από το Υπουργείο Υγείας, το ΗΜΥ και τη Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου (Koutsampelas, Theodorou and Kantaris, 2020, p. 159) (Διάγραμμα 21)



**Διάγραμμα 21 :** Ιατρικό προσωπικό ανά ειδικότητα στην Κύπρο, 2019

Αναφορικά με τους νοσηλευτές η Κύπρος έχει ένα από τους μικρότερους δείκτες ανά 100.000 κατοίκους (538) και καταλαμβάνει την τέταρτη θέση από το τέλος ανάμεσα στις χώρες της Ε.Ε (Eurostat, 2020). Αναφορικά με τους οδοντίατρους και τους φαρμακοποιούς η Κύπρος κατέχει υψηλή θέση ανάμεσα στις χώρες της Ε.Ε με 109,3 οδοντίατρους ανά 100.000 κατοίκους και 91,3 φαρμακοποιούς ανά 100.000 κατοίκους (Eurostat, 2020)

### 3.3 Η νοσοκομειακή υποδομή της Κύπρου

#### 3.3.1 Τρέχον απόθεμα κεφαλαίου

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη στο δημόσιο τομέα παρέχεται μέσω 38 κέντρων πρωτοβάθμιας περίθαλψης και 235 υποκέντρων πρωτοβάθμιας περίθαλψης που βρίσκονται σε αγροτικές περιοχές που λειτουργούν βάσει μιας δρομολόγησης ιατρικής ομάδας. Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη παρέχεται από δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία και από εξειδικευμένα κέντρα (π.χ. Κέντρο Θαλασσαιμίας, Ινστιτούτο Νευρολογίας και Γενετικής Κύπρου, Ογκολογικό Κέντρο Τράπεζας Κύπρου, Νοσοκομείο Αροδαφνούσα). Ο δημόσιος τομέας κυριαρχείται από

πέντε περιφερειακά γενικά νοσοκομεία που βρίσκονται στη Λευκωσία, τη Λάρνακα, τη Λεμεσό, την Αμμόχωστο και την Πάφο.

Το Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας (NGH) είναι το μεγαλύτερο νοσοκομείο και θεωρείται το νοσοκομείο παραπομπής για εξειδικευμένη περίθαλψη που δεν παρέχεται αλλού στη χώρα. Υπάρχουν επίσης δύο μικρά αγροτικά νοσοκομεία σε σχετικά απομονωμένες περιοχές που προσφέρουν ένα ολοκληρωμένο σύνολο υπηρεσιών που περιλαμβάνουν εξειδικευμένες υπηρεσίες εσωτερικών ασθενών: το αγροτικό νοσοκομείο Κυπερούντας και το αγροτικό νοσοκομείο Πόλης Χρυσοχούς. Ο δημόσιος τομέας λειτουργεί επίσης ένα νοσοκομείο ψυχικής υγείας, το Νοσοκομείο Αθαλάσσας, για ψυχιατρικούς ασθενείς. Στη Λευκωσία, ο Αρχιεπίσκοπος Μακάριος III, ένα εξειδικευμένο νοσοκομείο για παιδιά και γυναίκες, άνοιξε το 1984. Η Κύπρος διαθέτει επίσης 81 ιδιωτικά νοσοκομεία, πολυκλινικές, κλινικές και κλινικές ημερήσιας φροντίδας στις ελεγχόμενες από την Κυπριακή Δημοκρατία περιοχές, που προσφέρουν μια ευρεία επιλογή εξειδικευμένης φροντίδας.

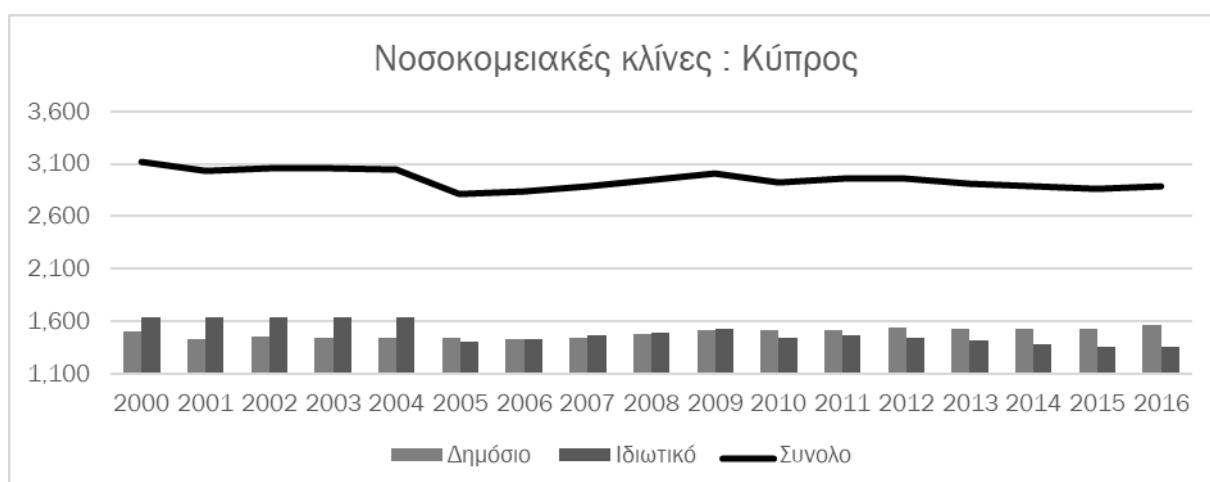
Χρηματοδότηση επενδύσεων: Ο ετήσιος προϋπολογισμός του Υπουργείου Υγείας περιλαμβάνει ένα συγκεκριμένο κονδύλιο για κάθε δημόσιο νοσοκομείο βάσει των ιστορικών δαπανών του, προσαρμοσμένων για τον πληθωρισμό. Οι επενδύσεις κεφαλαίου είναι ένα πολύ μικρό μέρος αυτού του ποσού και πρέπει να ζητηθούν το προηγούμενο έτος. Τα δημόσια κέντρα υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτούνται επίσης από την κυβέρνηση και συνδέονται διοικητικά με νοσοκομεία. Οι μεγάλες επενδύσεις κεφαλαίου ελέγχονται πιο κεντρικά, ενώ τα νοσοκομεία έχουν κάποια αυτονομία έναντι των μικρότερων επενδύσεων. Τα μη κερδοσκοπικά νοσοκομεία χρηματοδοτούνται μέσω δωρεών από φιλανθρωπικά ιδρύματα και την κυβέρνηση. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι κερδοσκοπικοί οργανισμοί που συνήθως υπάρχουν υπό τη μορφή εταιρειών περιορισμένης ευθύνης. Οι μέτοχοι τους είναι συγκεκριμένα γιατροί. Το 2011 μόνο το 28% του αναπτυξιακού προϋπολογισμού υλοποιήθηκε επειδή πολλά έργα αναβλήθηκαν (π.χ. κέντρο ακτινοθεραπείας στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης στη Λεμεσό και Λευκωσία) λόγω του χρόνου που απαιτείται για τη διαδικασία υποβολής προσφορών. Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας, το 2009 δαπανήθηκε μόνο το 49% του αναπτυξιακού προϋπολογισμού και μόνο το 41% του αναπτυξιακού προϋπολογισμού το 2010. Παρά τις αναμενόμενες μεταρρυθμίσεις



της υγειονομικής περίθαλψης για την ενίσχυση του συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης, οι τρέχουσες και προγραμματισμένες επενδύσεις κεφαλαίου δεν αντικατοπτρίζει αυτή τη μετατόπιση των προτεραιοτήτων. Πρόσφατα μια ομάδα γιατρών (ογκολόγων, ακτινοθεραπευτών και χειρουργών) μαζί με μια μεγάλη ομάδα επενδυτών έχουν δημιουργήσει ένα νέο Ογκολογικό Ιατρικό Κέντρο κοντά στη Λεμεσό το οποίο πληροί όλα τα διεθνή πρότυπα και τις απαιτήσεις της σύγχρονης θεραπείας του καρκίνου. Το κέντρο παρέχει το υψηλότερο επίπεδο θεραπευτικών ογκολογικών υπηρεσιών (διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση, υποστήριξη ασθενών, ανακουφιστική φροντίδα). Το κέντρο συμμετέχει στην έρευνα ογκολογίας και γενικά στη βιοϊατρική έρευνα.

### 3.3.2 Νοσοκομειακή Υποδομή

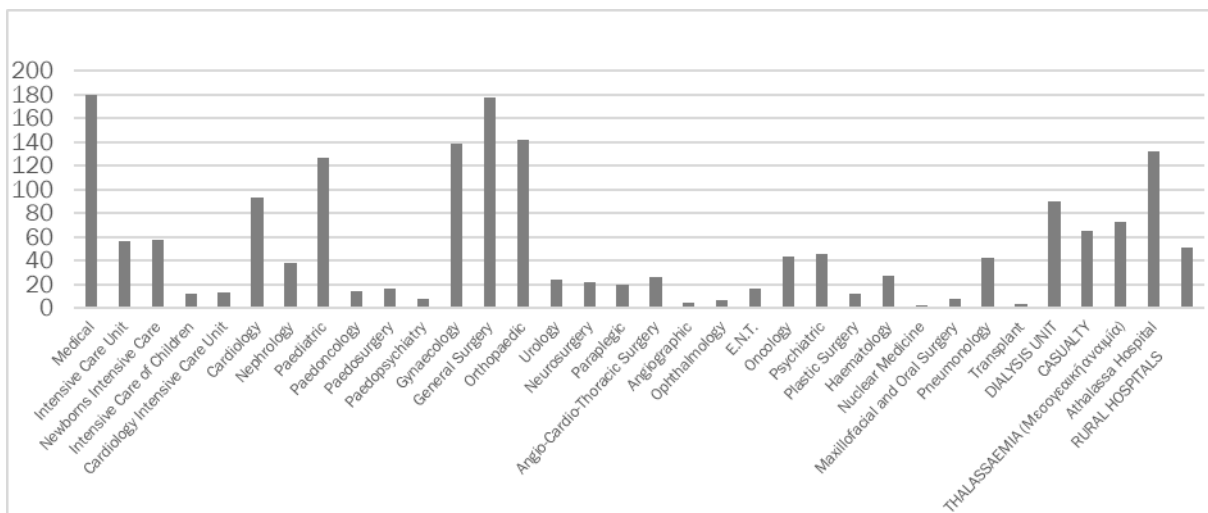
Σχεδόν όλα τα νοσοκομεία στην Κύπρο είναι νοσοκομεία οξείας περίθαλψης, αν και υπάρχουν πολλές ειδικές υπηρεσίες. Στον δημόσιο τομέα υπάρχει μια αρκετά ομοιόμορφη διανομή νοσοκομειακών κλινών σε μια μεγάλη ποικιλία ειδικοτήτων. Το 2016 υπήρχαν συνολικά περίπου 2.918 νοσοκομειακά κρεβάτια, περίπου τα μισά στον δημόσιο τομέα (1.562 κλίνες) και τα μισά στον ιδιωτικό τομέα (1.356 κλίνες) (Στατιστική Υπηρεσία, 2019) (Διάγραμμα 22). Τα ιδιωτικά νοσοκομεία περιέχουν συνολικά περίπου 777 κρεβάτια, οι ιδιωτικές πολυκλινικές περιέχουν 338 κρεβάτια, οι ιδιωτικές κλινικές έχουν 294 κρεβάτια και οι ιδιωτικές κλινικές ημερήσιας φροντίδας έχουν περίπου 60 κρεβάτια.



## Διάγραμμα 22 : Νοσοκομειακές κλίνες στη Κύπρο -2016

Πηγή : (Στατιστική Υπηρεσία, 2019)

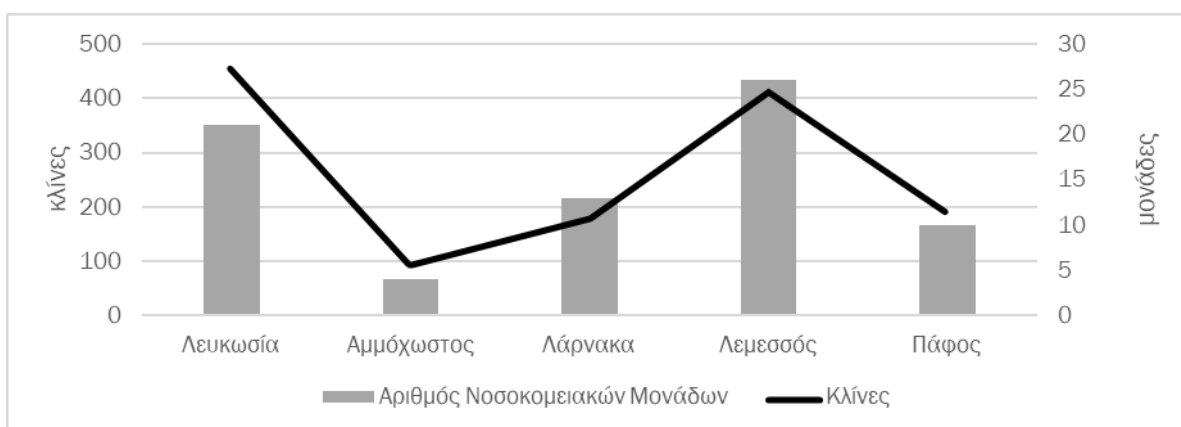
Οι κλίνες του Δημόσιου Τομέα (Διάγραμμα 23) είναι κατανομημένες κατά 86% περίπου σε κλίνες Γενικών Νοσοκομείων. Ο δημόσιος τομέας διαθέτει επίσης στο εξειδικευμένο νοσοκομείο ψυχικής υγείας Αθαλάσσα, 132 κλίνες για ψυχιατρικούς ασθενείς επιπλέον των κλινών που υπάρχουν στα Γενικά Νοσοκομεία (Πίνακας 4)



## Διάγραμμα 23 : Νοσοκομειακές κλίνες ανά τμήμα (Δημόσιος Τομέας)

Πηγή : (Στατιστική Υπηρεσία, 2019)

Αναφορικά με τον Ιδιωτικό Τομέα η κατάσταση είναι όπως παρουσιάζεται παρακάτω (Διάγραμμα 24).



## Διάγραμμα 24 : Κλίνες Ιδιωτικού Τομέα στην Κύπρο

Πηγή : (Στατιστική Υπηρεσία, 2019)

Επαρχία	Σύνολο Νοσηλευτριών			Σύνολο Κλινών			Σύνολο Νοσηλευτών			Σύνολο Μαίων			Σύνολο Βοηθητικού Προσωπικού		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
ΣΥΝΟΛΟ	75	74	73	1,361	1,356	1,406	1,103	1,154	1,241	72	94	103	82	73	73
Λευκωσία	22	21	21	454	458	464	473	481	543	34	41	40	35	28	30
Αμμόχωστος	4	4	4	103	100	101	45	57	48	0	1	2	4	4	4
Λάρνακα	13	13	12	187	184	169	96	89	81	10	18	18	8	9	9
Λεμεσός	25	26	26	419	419	463	354	395	433	24	28	33	28	25	23
Πάφος	11	10	10	198	195	209	135	132	136	4	6	10	7	7	7

**Πίνακας 4 :** Ιδιωτικές Κλινικές κατά Επαρχία, Αριθμό Κλινών και Προσωπικό, 2015-2017 στη Κύπρο.

Πηγή : (Στατιστική Υπηρεσία, 2019)



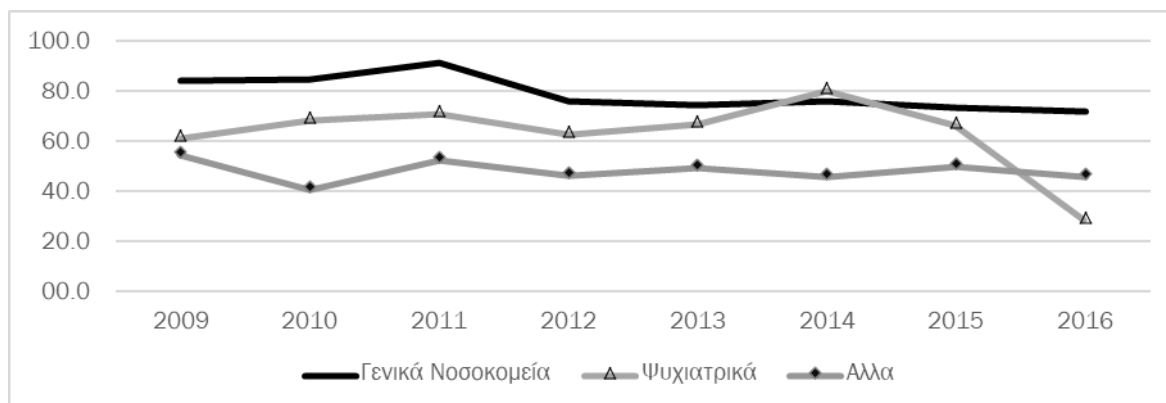
**Διάγραμμα 25 :** Κλίνες ανά 1.000 κατοίκους στην Κύπρο

Πηγή : (Στατιστική Υπηρεσία, 2019)

Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία για την περίοδο από το 2000-2017, η μέση διάρκεια νοσηλείας παρέμενε μικρότερη αυτής της Ε.Ε.

Παρά την υποχρηματοδότησή τους στο πλαίσιο του προηγούμενου συστήματος υγείας, τα δημόσια νοσοκομεία φαίνεται ότι αξιοποιούν καταλλήλως τους περιορισμένους πόρους τους. Τα ποσοστά πληρότητας κλινών αντιστοιχούν στο 71,8 % έναντι 77 % στο σύνολο της ΕΕ (HOPE, 2018) , ενώ η μέση διάρκεια νοσηλείας, η οποία χρησιμοποιείται συχνά ως δείκτης αποδοτικότητας των νοσοκομείων, είναι έξι ημέρες, έναντι οκτώ ημερών που είναι ο μέσος όρος στην ΕΕ (Διάγραμμα 26) (Διάγραμμα 27). Δεδομένου

ότι στοιχεία για τη διάρκεια νοσηλείας είναι διαθέσιμα μόνο για τα τελευταία χρόνια, θα είναι σημαντικό να εξεταστεί πώς μεταβάλλεται η μέση διάρκεια νοσηλείας με την πάροδο του χρόνου, ιδίως μετά την αλλαγή του τρόπου αποζημίωσης των νοσοκομείων. Στο πλαίσιο του νέου Γενικού Συστήματος Υγείας, θα καθιερωθούν ομοιογενείς διαγνωστικές ομάδες (DRGs) για την αποζημίωση όλων των νοσοκομείων, με στόχο τη δημιουργία κινήτρων για την αποδοτικότερη λειτουργία τους (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019)



**Διάγραμμα 26 :** Πληρότητα κλινών στη Κύπρο

Πηγή : (Στατιστική Υπηρεσία, 2019)

Για την διασπορά αυτή της πληρότητας κλινών ανά νοσοκομείο και τμήμα παρατηρούμε ότι σε κάποια νοσοκομεία αυτό παραμένει υψηλότερο του μέσου όρου και σε κάποια άλλα τμήματα και νοσοκομεία είναι χαμηλότερο (**Πίνακας 5**)

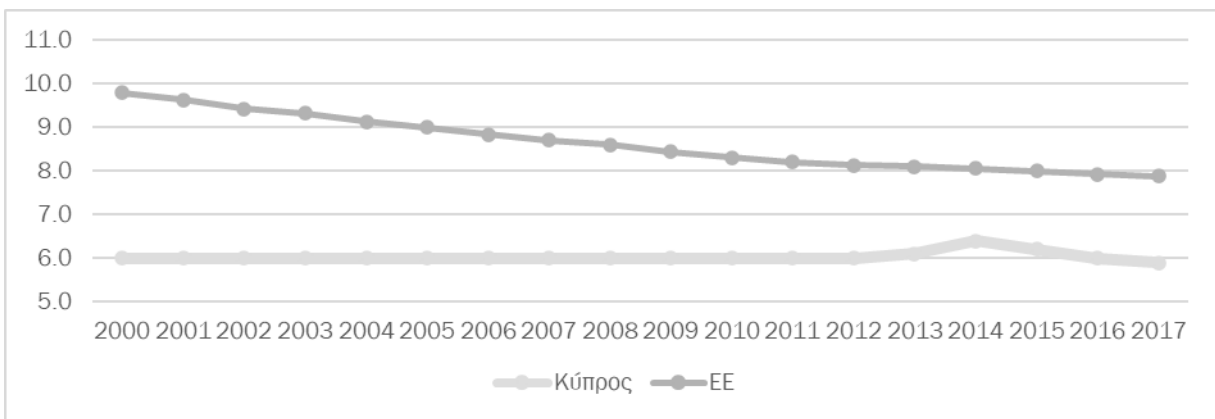
Τμήμα	Γενικό Λευκωσίας	Αρχιεπ. Μακαρίου Γ' Λευκωσία	Γενικό Λάρνακας Μακάριος Γ'	Γενικό Αμμοχώστου	Γενικό Λεμεσού	Γενικό Πάφου
ΣΥΝΟΛΟ	82.7	63.2	70.2	62.7	77.3	78.9
Παθολογίας	92.2	n.a.	90.1	70.3	96.9	102.7
Καρδιολογίας	84.4	n.a.	95.9	(1)	75.1	92.6
Εντατική Καρδιολογίας	53.4	n.a.	n.a.	n.a.	(4)	n.a.
Νεφρολογίας	91.7	n.a.	88.9	n.a.	84.7	n.a.
Παιδιατρικής	n.a.	50.3	40.2	35.7	46.2	45.0

Γυναικολογίας – Μαιευτικής	n.a.	66.9	55.1	64.4	142.1	65.7
Γενικής Χειρουργικής	80.3	n.a.	64.2	75.5	69.1	89.7
Ορθοπαιδικής	78.2	n.a.	79.7	(3)	82.1	87.9
Ουρολογίας	90.1	n.a.	(3)	n.a.	(5)	(3)
Νευροχειρουργικής	90.5	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Παραπληγικό	114.3	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Αγγειοθωρακοχειρουργικό	108.9	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Οφθαλμολογίας	n.a.	26.2	(2)	n.a.	(1)	(2)
Ωτορινολαρυγγολογίας	61.4	n.a.	(2)	n.a.	(3)	(3)
Ογκολογίας	92	n.a.	n.a.	n.a.	111.0	n.a.
Ψυχιατρικής	47.5	n.a.	n.a.	n.a.	45.0	n.a.
Πλαστικής Χειρουργικής	80.3	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Αιματολογίας	103.1	n.a.	n.a.	n.a.	75.0	n.a.
Στοματογναθοπροσωποχειρουργικό	62.4	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Πυρηνικής Ιατρικής	37.7	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Πνευμονολογίας	74.7	n.a.	125.0	n.a.	171.8	80.8
Μεταμοσχευτικό	94.6	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Αγγειογραφικό	59.2	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Τμήμα Ενδονοσοκομειακής Νοσηλείας – Παιδοψυχιατρική	n.a.	46.7	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Παιδοογκολογικός	n.a.	77.0	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Παιδοχειρουργικός	n.a.	51.2	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Εντατική Παιδών	n.a.	54.7	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Εντατική Νεογνών	n.a.	78.4	n.a.	n.a.	33.6	n.a.
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	61.9	n.a.	63.1	38.1	105.6	37.9

### Πίνακας 5 : Ποσοστά κάλυψης κλινών κατά τμήμα και Νοσοκομείο (2017)

Πηγή : (Στατιστική Υπηρεσία, 2019)

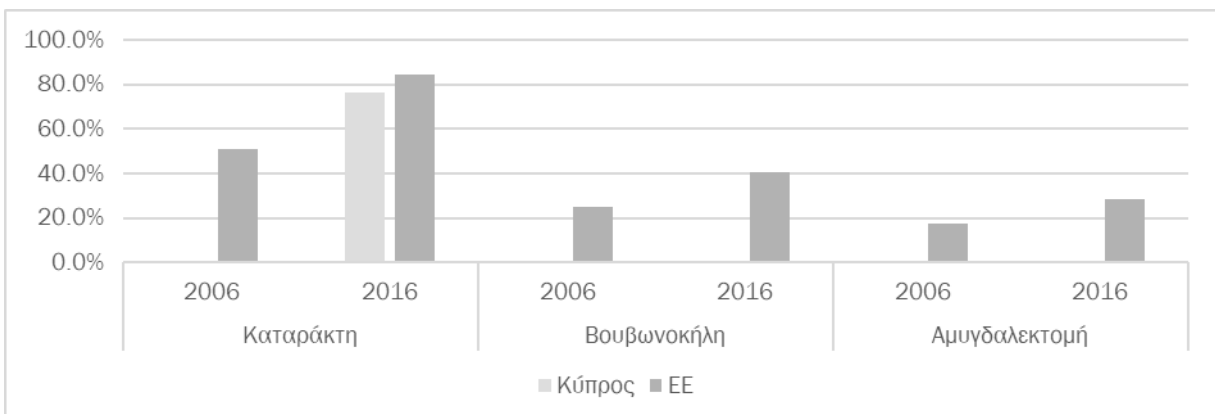
Η παραμονή σε νοσοκομεία οξείας περίθαλψης είναι μικρότερη κατά μία ημέρα στην Κύπρο (5,5 ημέρες) από ό, τι στον μέσο όρο της ΕΕ (6,7 ημέρες). Συγκριτικά υψηλά επίπεδα απόδοσης είναι επίσης εμφανή με βάση το ποσοστό πληρότητας (88,2%), το οποίο είναι υψηλότερο από άλλες χώρες της Μεσογείου, όπως η Ισπανία, η Ιταλία, η Τουρκία και η Ελλάδα.



**Διάγραμμα 27 :** Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ημέρες) στη Κύπρο

Πηγή : (Στατιστική Υπηρεσία, 2019)

Ωστόσο, η Κύπρος αναφέρει σημαντικά λιγότερες χειρουργικές επεμβάσεις σε εσωτερικούς ασθενείς ανά πληθυσμό από τον μέσο όρο της ΕΕ, καθώς και πολύ λιγότερες επαφές εξωτερικών ασθενών ανά άτομο ανά έτος, υποδεικνύοντας ότι ορισμένα μέλη του



**Διάγραμμα 28 :** Επεμβάσεις μιας ημέρας

Πηγή : (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019)

πληθυσμού ενδέχεται να μην έχουν τακτική πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης ή να προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα. Σε ολόκληρη την ΕΕ, καθώς και στην Κύπρο, ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών οξείας περίθαλψης έχει γενικά μειωθεί με την πάροδο του χρόνου από το 1990, αν και η Κύπρος διατηρεί σταθερά υψηλότερη αναλογία κλινών προς πληθυσμό οξείας περίθαλψης από τον μέσο όρο της ΕΕ. Από το

1990 έως το 2008, η διαφορά μεταξύ του μέσου όρου της ΕΕ και της Κύπρου ήταν περίπου 57 κρεβάτια οξείας φροντίδας ανά 100.000 πληθυσμούς.

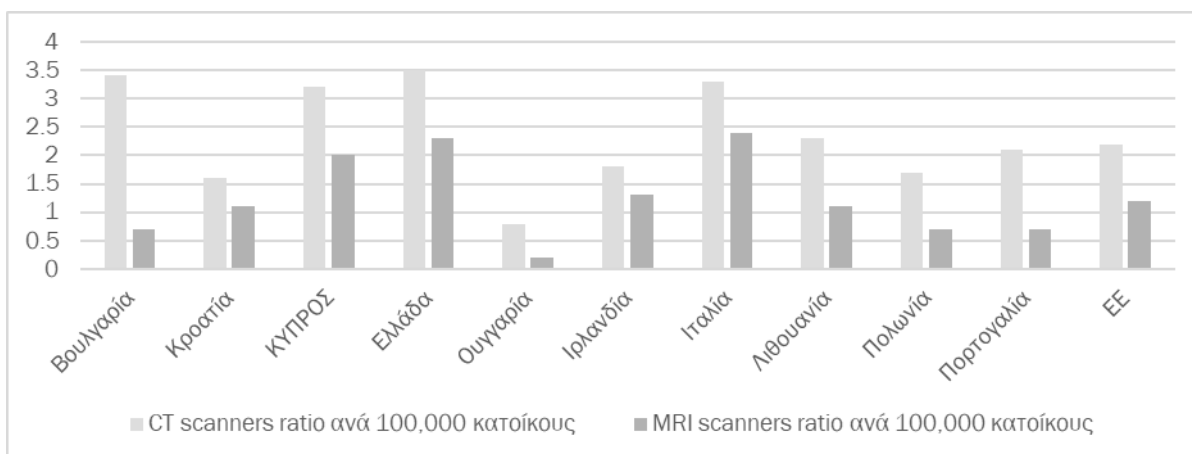
### **3.3.3 Ιατρικός εξοπλισμός**

Ένα ζήτημα που επιδεινώθηκε πρόσφατα λόγω της χρηματοπιστωτικής κρίσης είναι η κατάχρηση ιδιωτικών υπηρεσιών και η υπερβολική χρήση δημόσιων υπηρεσιών. Η ανεξέλεγκτη επέκταση της χωρητικότητας του ιδιωτικού τομέα οδήγησε σε μείωση του αριθμού των παρεχόμενων υπηρεσιών ανά μονάδα, θέτοντας σε κίνδυνο την ποιότητα της φροντίδας λόγω της έλλειψης εμπειρίας του παρόχου που χρησιμοποιεί εξοπλισμό και με αποτέλεσμα αυξημένο κόστος. Για παράδειγμα, σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, η Κύπρος διαθέτει πολύ μεγάλο αριθμό σαρωτών μαγνητικής τομογραφίας και CT ανά πληθυσμό, με τη μεγάλη πλειονότητα να διατίθεται στον ιδιωτικό τομέα. Ο δημόσιος τομέας έχει λιγότερες διαθέσιμες μαγνητικές τομογραφίες από ό,τι ο ιδιωτικός τομέας και οι λίστες αναμονής του δημόσιου τομέα είναι μεγάλες.

Η Κύπρος έχει πάρα πολλές μονάδες Mri και Ct σε σχέση με τον πληθυσμό και τις ανάγκες της, παρά την ύπαρξη ενός λεπτομερούς νομικού πλαισίου, στην πράξη υπάρχει σημαντική ευελιξία. Η απουσία ειδικής νομοθεσίας σχετικά με τις μονάδες Mri δημιούργησε συνθήκες για την εγκατάστασή τους χωρίς καμία ένδειξη (Διάγραμμα 29).

Επί του παρόντος δεν υπάρχει παρακολούθηση και έλεγχος της κλινικής δραστηριότητας του ιδιωτικού τομέα, ενώ δεν χρησιμοποιούνται πρωτόκολλα παραπομπής. Αυτό δημιουργεί συνθήκες για την αύξηση της «τεχνητής ζήτησης». Η αγορά φαίνεται να καθοδηγείται από τις τιμές καθώς και από τη δημιουργία «συμμαχιών» και τη δημιουργία δικτύων παραπομπής γιατρού.

Στο Πίνακα 6 παρατηρούμε την ανάλυση ανά νοσοκομείων των ακτινολογικών εξετάσεων κατά είδος εξέτασης.



**Διάγραμμα 29 :** Αριθμός σαρωτών Ct και Mri ανά 100.000 κατοίκους

Πηγή : (Theodorou *et al.*, 2016)

Παρά το γεγονός ότι αυτές οι μονάδες λειτουργούν πολύ κάτω από τις δυνατότητές τους, παραμένουν στην αγορά χωρίς να παρουσιάζουν απώλειες. η εισαγωγή ενός εθνικού συστήματος υγείας στο εγγύς μέλλον αναμένεται να έχει θετική επίδραση σε αυτές τις ελλείψεις και ελπίζουμε ότι θα εισαγάγει μεταρρυθμίσεις που απαιτούνται για τη βελτίωση του τρέχοντος περιβάλλοντος της αγοράς (Theodorou *et al.*, 2016).

Είδος Ακτινογραφίας	Σύνολο	Γενικό Λευκωσίας	Αρχιεπ. Μακαρίου Γ' Λευκωσίας	Γενικό Λάρνακας Μακάριος Γ'	Γενικό Αμμοχώστου	Γενικό Λεμεσού	Γενικό Πάφου
ΣΥΝΟΛΟ	603,880	208,595	19,418	100,352	42,189	142,151	91,175
Θώρακα	120,162	22,254	6,214	19,333	10,285	36,276	25,800
Κρανίου	17,265	1,774	346	3,205	1,233	5,709	4,998
Οστών άνω και κάτω άκρων	91,406	17,372	2,291	21,673	8,643	31,840	9,587
Σπονδυλικής στήλης	32,719	5,603	691	4,980	2,568	13,976	4,901
Λεκάνης	18,847	2,382	0	7,216	715	3,549	4,985
Κοιλιάς	21,085	1,971	771	5,038	1,482	9,837	1,986
Γαστροεντερικό σύστημα με σκιερά ουσία	1,005	669	83	0	103	150	0
Υπερηχογραφήματα	64,201	18,951	9,022	6,150	6,466	10,068	13,544



Αξονικές τομογραφίες	121,510	40,319	0	25,439	8,153	26,855	20,744
Μαστογραφίες	13,900	5,283	0	2,143	2,173	1,834	2,467
Πανοραμικές τομογραφίες	14,240	4,477	0	5,175	368	2,057	2,163
Μαγνητικές τομογραφίες (MRI)	5,673	5,673	0	0	0	0	0

**Πίνακας 6 :** Ακτινογραφίες και άλλες εξετάσεις (κατά είδος, νοσοκομείο) – 2017

Πηγή : (Στατιστική Υπηρεσία, 2019)

### 3.4 Προκλήσεις

Πάνω από το ήμισυ των συνολικών δαπανών για υπηρεσίες υγείας στην Κύπρο προορίζονται για τον ιδιωτικό τομέα. Μεταξύ των παραγόντων που διαπιστώνεται ότι επηρεάζουν το επίπεδο των δαπανών των νοικοκυριών για την υγειονομική περίθαλψη είναι η εκπαίδευση, το μέγεθος του νοικοκυριού, το ηλικιακό μείγμα, η παρουσία των δικαιούχων παροχών ασθένειας ή των χρόνιων ασθενών / ατόμων με αναπηρία στο νοικοκυριό, καθώς και η ηλικία του κεφαλιού και εισόδημα νοικοκυριού. Για νοικοκυριά ηλικίας έως 40 ετών, οι δαπάνες για την υγεία μειώνονται και στη συνέχεια αυξάνεται με την ηλικία. Οι δαπάνες για την υγεία αυξάνονται με το εισόδημα, αν και με μειωμένο ρυθμό. Ένας βασικός παράγοντας που επηρεάζει τις δαπάνες υγείας ενός νοικοκυριού φαίνεται να είναι ο τύπος ιατρικής κάλυψης των μελών του. Για νοικοκυριά ενός ατόμου, η απουσία ιατρικής κάλυψης οδηγεί σε χαμηλότερες δαπάνες για την υγεία από ό, τι στην περίπτωση που υπάρχει κάποιο είδος ιατρικής κάλυψης, ακόμη και αν το τελευταίο έχει τη μορφή ελεύθερης πρόσβασης σε δημόσια κάλυψη. Για νοικοκυριά με δύο ή περισσότερα άτομα, η παρουσία κάλυψης του δημόσιου τομέα μειώνει τις δαπάνες υγείας, ενώ η προσωπική ιατρική κάλυψη οδηγεί στις υψηλότερες δαπάνες για την υγεία. Στην περίπτωση ιατρικής κάλυψης από εργοδότη του δημόσιου / δημόσιου ή του ιδιωτικού τομέα, παρατηρούμε οικονομίες κλίμακας στις δαπάνες για την υγεία, με την έννοια ότι περισσότερα μέλη του νοικοκυριού αυξάνουν τις δαπάνες για την υγεία λιγότερο από αναλογικά. Αντίθετα, τα νοικοκυριά που πληρώνουν αποκλειστικά από την τσέπη τους για την υγειονομική τους περίθαλψη (δηλαδή εκείνα με προσωπική ή χωρίς ιατρική κάλυψη), οι δαπάνες για την υγεία αυξάνονται ανάλογα με το μέγεθος

του νοικοκυριού. Ωστόσο, εκτιμάται ότι, ενώ το 75% -80% του πληθυσμού είναι επιλέξιμο για δωρεάν ή με μειωμένο κόστος υγειονομική περίθαλψη, πολλές ομάδες πληθυσμού (ιδιαίτερα, νοικοκυριά με μεσαίο και υψηλό εισόδημα και επικεφαλής στις οικονομικά παραγωγικές κατηγορίες ηλικίας) δεν χρησιμοποιεί αυτό το όφελος. Αντ' αυτού, καταφεύγουν στην αγορά υγειονομικής περίθαλψης από τον ιδιωτικό τομέα. Αυτό σημαίνει ότι το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στην Κύπρο δεν είναι αποτελεσματικό, καθώς η αγορά ιατρικής περίθαλψης από τον ιδιωτικό τομέα από μεγάλο αριθμό νοικοκυριών των οποίων οι ιατρικές ανάγκες καλύπτονται ήδη από το κράτος δημιουργεί μια σπατάλη στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Μία πιθανή εξήγηση για την αναποτελεσματικότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης στην Κύπρο είναι το υψηλό κόστος ευκαιρίας όσον αφορά τον χρόνο αναμονής (π.χ. ουρές, λίστες αναμονής) για τη λήψη περίθαλψης στο δημόσιο τομέα σε αντίθεση με την ταχύτερη πρόσβαση στη θεραπεία στον ιδιωτικό τομέα. Ένας άλλος λόγος είναι η χαμηλότερη αντιληπτή ποιότητα (ειδικά σε πρωτοβάθμιο επίπεδο) της παροχής δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης, κυρίως ως αποτέλεσμα των περιορισμένων διαθέσιμων εγκαταστάσεων για τη βελτίωση της άνεσης και της θεραπείας των ατόμων, γεγονός που ωθεί τους ανθρώπους να αναζητήσουν πιο προσεκτική υγειονομική περίθαλψη στον ιδιωτικό τομέα. Μια απόδειξη για τους περιορισμούς της παροχής δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης στην Κύπρο είναι το γεγονός ότι ο ιδιωτικός τομέας υγειονομικής περίθαλψης είναι «πλήρως ανεπτυγμένος» σε όλα τα επίπεδα (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια) και αντιπροσωπεύει περισσότερο από το ήμισυ των συνολικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης. Όπως είναι γνωστό, οι ασύμμετρες πληροφορίες μεταξύ του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης και του ασθενούς (ο γιατρός γνωρίζει περισσότερα για μια ιατρική κατάσταση από τον ασθενή) κάνει την εξέλιξη της κατάστασης του ασθενούς να εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη διάγνωση / πληροφορίες που παρέχονται από τον ιατρό (Μπέσης, 1993). Η έλλειψη μηχανισμού για την επίλυση αυτής της ατέλειας στην αγορά ενθαρρύνει την υπερβολική μεταχείριση και, κατά συνέπεια, τα επίπεδα δαπανών για την υγεία πάνω από το βέλτιστο. Οι ανεπάρκειες του συστήματος υγείας της Κύπρου χρειάζονται επείγουσα προσοχή, καθώς η γήρανση του πληθυσμού και το αυξανόμενο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης είναι πιθανό να επιδεινώσουν την αναποτελεσματικότητα του ισχύοντος συστήματος. Η μακρά προγραμματισμένη

εισαγωγή του Εθνικού Συστήματος Ασφάλισης Υγείας (NHIS) φιλοδοξεί να αντιμετωπίσει πολλές από τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει το τρέχον σύστημα. Θα παρέχει καθολική κάλυψη που χρηματοδοτείται μέσω των εισφορών των εργαζομένων, των εργοδοτών, των αυτοαπασχολούμενων, των συνταξιούχων και της κυβέρνησης. Το νέο σύστημα αναμένεται να προσφέρει το ίδιο φάσμα υπηρεσιών με το τρέχον, αλλά σε ένα αναδιαρθρωμένο σύστημα παράδοσης. Ο γενικός ιατρός θα είναι το σημείο εισόδου σε αυτό το σύστημα παράδοσης, με εξειδικευμένη υγειονομική περίθαλψη διαθέσιμη μέσω παραπομπής. Κατ' αρχήν, η εισαγωγή του NHIS αναμένεται να μετριάσει τις σπάταλες πτυχές του ισχύοντος συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Δεδομένου ότι τόσο οι δημόσιες όσο και οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης θα λειτουργούν στο πλαίσιο του νέου εθνικού συστήματος υγείας, ορισμένες οικονομίες κλίμακας αναμένεται να πραγματοποιηθούν από τη μαζική παραγγελία φαρμακευτικών προϊόντων και άλλων ιατρικών προϊόντων. Αναμένεται επίσης ότι ο ανταγωνισμός μεταξύ παρόχων δημόσιου και ιδιωτικού τομέα θα ενισχυθεί, με αποτέλεσμα βελτιώσεις στην ποιότητα, την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, ο συντονισμός μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα θα αυξηθεί, περιορίζοντας έτσι την επικάλυψη υπηρεσιών. Οι ασθενείς θα επωφεληθούν από την εφαρμογή του νέου συστήματος μέσω εξοικονόμησης κόστους από περιττές επισκέψεις σε ειδικούς. Τα καθαρά οφέλη από την εισαγωγή του NHIS δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν χωρίς να δοθεί αρκετή προσοχή στις οικονομικές αρχές της υγειονομικής περίθαλψης, ιδίως, η αντιμετώπιση τόσο της παραγωγικής αναποτελεσματικότητας του δημόσιου παράγοντα μπορεί να είναι ο βαθμός στον οποίο το νέο σύστημα θα εκμεταλλευτεί τις συμπληρωματικότητες και δυνατότητα υποκατάστασης μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, έτσι ώστε το προκύπτον μείγμα δημόσιου-ιδιωτικού τομέα να ενθαρρύνει θετικά και να αποθαρρύνει αρνητικές πτυχές της παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Συνολικά, το νέο NHIS δεν είναι πιθανό να επιτύχει τους στόχους του χωρίς να παρέχει ένα πλαίσιο για τη συνεργασία του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα. Μια απαραίτητη (αλλά όχι επαρκής) προϋπόθεση είναι να επιτραπεί περισσότερος ρόλος στον ιδιωτικό τομέα στην παραγωγή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης για τη μείωση της κυβερνητικής αναποτελεσματικότητας, δίνοντας παράλληλα τον ρυθμιστικό έλεγχο του συστήματος στον δημόσιο τομέα για τον περιορισμό της ασυμμετρίας της πληροφορίας, τη

δημιουργία πιο θετικών εξωτερικοτήτων και την προώθηση της ισότητας. (Andreou, Pashardes and Pashourtidou, 2010). Επίσης θα πρέπει να αναφερθεί ότι η Κύπρος παρουσίασε μια σχετική αύξηση της παραγωγικότητας του συστήματος υγείας με παράλληλη όμως μείωση των παρεχομένων υπηρεσιών της (Mitropoulos, 2019, fig. 2 and Table 3)

# Κεφάλαιο 4

## Η μεταρρύθμιση

### 4.1 Γενικά

Το σύστημα υγείας στην Κύπρο αποτελείτο από δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Οι εργαζόμενοι με χαμηλό εισόδημα, οι εργαζόμενοι στο δημόσιο τομέα και οι ασθενείς με χρόνιες ασθένειες είναι επιλέξιμοι για κάλυψη περίθαλψης του δημόσιου τομέα. Η κυβέρνηση πληρώνει για την υγειονομική περίθαλψη του δημόσιου τομέα, ενώ μεμονωμένοι ασθενείς και ιδιωτικοί ασφαλιστές υγείας πληρώνουν για την υγειονομική περίθαλψη του ιδιωτικού τομέα.

Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία ανέρχονται περίπου στο 7,3% του ΑΕΠ. Περίπου το 43% και το 57% των δαπανών για την υγεία χρηματοδοτούνται δημόσια και ιδιωτικά, αντίστοιχα. Το 2010, οι φαρμακευτικές δαπάνες - 322 ευρώ κατά κεφαλήν - αντιπροσώπευαν το 19,8% των συνολικών δαπανών για την υγεία στην Κύπρο

Analysis (€mn)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 <sup>P</sup>
<b>FINANCING SCHEMES – TOTAL</b>	<b>1,211.6</b>	<b>1,300.5</b>	<b>1,303.2</b>	<b>1,252.0</b>	<b>1,193.5</b>	<b>1,207.8</b>	<b>1,253.4</b>
Government schemes and compulsory contributory health care financing schemes	584.2	611.4	591.3	577.4	522.8	512.6	528.9
Voluntary health insurance schemes	59.1	65.4	68.7	66.0	69.8	81.7	94.9
Non-profit institutions serving households (NPISH) financing schemes	16.3	11.8	13.2	10.8	8.7	10.9	13.6
Enterprise financing schemes	48.5	47.2	47.5	48.1	48.4	51.2	52.9
Household out-of-pocket payment	496.2	556.6	574.0	539.5	534.1	535.6	563.1
Rest of the world financing schemes (non-residents)	7.4	8.1	8.5	10.1	9.8	15.8	n.a.
<b>CAPITAL FORMATION – TOTAL</b>	<b>31.7</b>	<b>54.5</b>	<b>21.2</b>	<b>25.6</b>	<b>26.6</b>	<b>24.0</b>	<b>27.5</b>
Public gross capital formation	11.3	14.6	12.5	13.5	13.7	11.1	13.3
Private gross capital formation	20.4	39.9	8.7	12.1	12.9	12.9	14.2

<b>TOTAL HEALTH EXPENDITURE</b>	<b>1,243.3</b>	<b>1,355.0</b>	<b>1,324.4</b>	<b>1,277.6</b>	<b>1,220.1</b>	<b>1,231.8</b>	<b>1,280.9</b>
<b>% OF TOTAL HEALTH EXPENDITURE ON G.D.P.</b>	<b>6.4</b>	<b>6.9</b>	<b>6.8</b>	<b>7.0</b>	<b>6.9</b>	<b>6.9</b>	<b>6.9</b>

### **Πίνακας 7 : Δαπάνες Υγείας Κύπρου**

Πηγή : (Στατιστική Υπηρεσία, 2019)

Ήδη είχε γίνει προφανές μετά από τόσα χρόνια αναμονής και ελπίδων για την εφαρμογή ενός συστήματος υγείας ότι θα έπρεπε οι κυβερνήσεις όντως να προχωρήσουν σε μια τέτοια εφαρμογή, δεδομένου ότι η Κύπρος ήταν το μοναδικό μέλος της ΕΕ που δεν είχε ένα δομημένο, παραγωγικό και ουσιαστικό σύστημα υγείας για τους πολίτες της.

Το 2013, η Κύπρος συμφώνησε σε ένα μνημόνιο συμφωνίας με πιστωτές από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και εισήγαγε ένα πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής για την αντιμετώπιση των χρηματοοικονομικών, δημοσιονομικών και διαρθρωτικών προκλήσεων της χώρας. Το μνημόνιο ζητούσε την εισαγωγή μιας εθνικής μεταρρύθμισης χρηματοδότησης του συστήματος υγείας έως τα μέσα του 2016 ώστε να επιτρέπεται η ελεύθερη επιλογή παρόχου, η κοινωνική ισότητα και αλληλεγγύη, η οικονομική βιωσιμότητα και η καθολική κάλυψη ενός καλαθιού ελάχιστων παροχών. Στο προσεχές σύστημα, η κυβέρνηση θα πλήρωνε για όλη την υγειονομική περίθαλψη υπηρεσίες στο καλάθι παροχών - που υπόκεινται σε κατανομή κόστους - και συμπληρώνουν τα τρέχοντα φορολογικά έσοδα με άλλες πηγές χρηματοδότησης, συμπεριλαμβανομένων των φόρων επί του εργοδότη, εργαζόμενου ελεύθερου επαγγελματία και συνταξιούχου. Η μεταρρύθμιση θα επιφέρει σημαντικές αλλαγές στη χρηματοδότηση, την κάλυψη, την πληρωμή παρόχου και τη συλλογή δεδομένων και την παρακολούθηση. Η κυβέρνηση πρέπει ακόμη να αποφασίσει ποια φάρμακα θα καλύψει, ποιες πολιτικές τιμολόγησης και επιστροφής θα εφαρμόσει και τι είδους κόστος.

Έτσι κατά την διάρκεια της κρίσης και μετά από έντονη επιταγή των δανειστών (Τρόικα) η Κύπρος άρχισε να σχεδιάζει ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας. Μέχρι τα μέσα Ιουνίου 2017, η επιτροπή υγείας του κοινοβουλίου υπέγραψε τα νομοσχέδια σχετικά με το εθνικό σύστημα υγείας (ΓεΣΥ), το οποίο ψήφισε στη σύνοδο ολομέλειας

στις 16 Ιουνίου 2017. Ένα νομοσχέδιο δημιουργεί το θεσμικό και οργανωτικό πλαίσιο για ένα τέτοιο σύστημα υγείας. Ένας δεύτερος νόμος περιλαμβάνει μια μεταρρύθμιση του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, καθιστώντας τα κρατικά νοσοκομεία διοικητικά και οικονομικά αυτόνομα. Στο μέλλον, οι ασθενείς θα μπορούν πλέον να επιλέξουν ποιον γιατρό και ποιο νοσοκομείο θα επισκεφθούν. Η ιδέα ήταν να δημιουργηθεί μια δημόσια οντότητα που θα επιβλέπει την αυτονομία του νοσοκομείου, με αυστηρούς ελέγχους και παρακολούθηση για την ορθή αξιοποίηση των πόρων που απορροφά το ΓΕΣΥ. Έτσι αναλυτικά η εφαρμογή του νέου συστήματος το οποίο και ξεκίνησε την 1η Ιουνίου 2019 και οι φάσεις που περιλαμβάνει αναλύονται παρακάτω

## **4.2 Το Νέο Σύστημα Υγείας (ΓΕΣΥ)**

### **4.2.1 Το χρονικό της εξέλιξης**

Το ΓΕΣΥ αποτελούσε στόχο από τη δεκαετία του 1960 για πολλούς, αλλά λίγοι συμφωνούσαν ως προς τη μορφή που θα έπρεπε να λάβει. Από τη δεκαετία του 1960, όταν ακόμα η Κυπριακή Δημοκρατία βρισκόταν στα σπάργανα, γίνονταν οι πρώτες σκέψεις για εισαγωγή Γενικού Συστήματος Υγείας, χωρίς, ωστόσο, αυτές ποτέ να ευοδωθούν. Οι διαφωνίες υφίσταντο πάντοτε. Έπρεπε το Σχέδιο να καλύπτει μόνο την πρωτοβάθμια περίθαλψη ή όλους τους τομείς της υγείας; Έπρεπε να βασίζεται αποκλειστικά στο κράτος, στο πλαίσιο ενός μονοασφαλιστικού συστήματος, ή έπρεπε να επιλεγεί ο δρόμος του πολυασφαλιστικού; Έπρεπε να αφορά στο σύνολο των υπηρεσιών υγείας ή να περιορίζεται σε αυτές που παρέχονται από το δημόσιο; (Κουλούμας, 2019)

Αυτά ήταν μόνο μερικά από τα ερωτήματα που δημιουργούσαν πολιτικές διαφωνίες επί δεκαετίες. Η επί του εδάφους προσπάθεια για εισαγωγή Γενικού Συστήματος Υγείας στην Κύπρο αρχίζει το 2001 με τον ιδρυτικό Νόμο για το ΓΕΣΥ (Ο Περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμος). Έτσι φθάνουμε τον Μάρτιο του 2013 και η εφαρμογή του ΓΕΣΥ καθίσταται για την Κύπρο και μνημονιακή υποχρέωση, βάσει της οποίας η χώρα θα έπρεπε να είχε προχωρήσει σε πλήρη εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Υγείας μέχρι το δεύτερο τρίμηνο του 2015.

Τελικά στην Κύπρο, η αίτηση χρηματοοικονομικής διάσωσης λειτούργησε ως κίνητρο για τη δέσμευση για την ασφάλιση υγείας (Azzopardi-Muscat et al., 2016)

Η μεταρρύθμιση τελικά ήταν άμεση συνέπεια του μνημονίου συμφωνίας που η Κύπρος συμφώνησε το 2013 με πιστωτές (από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο). Το μνημόνιο ζήτησε αρχικά την εισαγωγή ενός εθνικού συστήματος υγείας έως τα μέσα του 2016 για ενίσχυση της βιωσιμότητας της χρηματοδοτικής δομής και της αποτελεσματικότητας της παροχής δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης» και για την προώθηση της «ελεύθερης επιλογής του παρόχου (υγειονομικής περίθαλψης), της κοινωνικής ισότητας και αλληλεγγύη, οικονομική βιωσιμότητα και καθολική κάλυψη καλαθίου ελάχιστων παροχών (Wouters and Kanavos, 2015).

#### **4.2.2 Τι είναι το ΓΕΣΥ**

Το Γενικό Σύστημα Υγείας (ΓεΣΥ) είναι ένα σύγχρονο, ανθρωποκεντρικό σύστημα υγείας που έχει ως κύριο στόχο την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών φροντίδας υγείας στους δικαιούχους. Κύρια χαρακτηριστικά και βασικές αρχές του ΓεΣΥ είναι:

- η καθολική κάλυψη του πληθυσμού
- η ισότιμη μεταχείριση όλων των δικαιούχων
- η παροχή ενός ολοκληρωμένου πακέτου υπηρεσιών φροντίδας υγείας
- η ελεύθερη επιλογή παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας από το δικαιούχο
- η κοινωνική αλληλεγγύη

Για τη λειτουργία του ΓεΣΥ και για τη διαχείριση της χρηματοδότησης, στο οποίο καταβάλλονται οι Εισφορές και από το οποίο γίνεται η αποζημίωση των παροχέων, έχει δημιουργηθεί ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ). Για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας στους δικαιούχους του ΓεΣΥ, ο ΟΑΥ συμβάλλεται με παροχές υπηρεσιών που πληρούν τις καθορισμένες απαιτήσεις. Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) είναι οργανισμός δημοσίου δικαίου και έχει την ευθύνη για την εφαρμογή και τη διαχείριση του ΓεΣΥ. Ένα από τα σημαντικά πράγματα που αφορά τον ΟΑΥ είναι ότι το Διοικητικό του Συμβούλιο δεν ορίζεται από την εκάστοτε κυβέρνηση αλλά μετέχουν εκπρόσωποι από όλους αυτούς που συνεισφέρουν στο Σύστημα Υγείας. Ο



ΟΑΥ διοικείται από Διοικητικό Συμβούλιο το οποίο απαρτίζεται από 13 μέλη, με **τετραμερή διακυβέρνηση** (Κράτος, Εργοδότες, Εργαζόμενοι και Ασθενείς):

Δικαιούχοι του ΓεΣΥ θεωρούνται όλοι οι πολίτες που έχουν συνήθη διαμονή στις ελεγχόμενες από την Κυπριακή Δημοκρατία περιοχές, οι οποίοι μπορεί να είναι Κύπριοι πολίτες, Ευρωπαίοι πολίτες ή πολίτες τρίτης χώρας που εργάζονται ή έχουν αποκτήσει δικαίωμα μόνιμης διαμονής στην Κύπρο, πρόσφυγες και πρόσωπα με καθεστώς συμπληρωματικής προστασίας και τα μέλη των οικογενειών όσων προαναφέραμε.

Ο περί Γενικού Συστήματος Υγείας (Τροποποιητικός) Νόμος του 2017, προβλέπει ότι το ΓεΣΥ θα εφαρμοστεί σε δύο φάσεις.

#### 4.2.3 Εφαρμογή του ΓεΣΥ

**Η πρώτη φάση** υλοποίησης του ΓεΣΥ, η οποία τέθηκε σε εφαρμογή και προνοεί για την εισαγωγή της εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας, δηλαδή την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας από προσωπικούς και ειδικούς ιατρούς, φαρμακοποιούς και εργαστήρια την 1η Ιουνίου 2019.

**Η δεύτερη και τελική φάση εφαρμογής του ΓεΣΥ** περιλαμβάνει όλες τις υπόλοιπες υπηρεσίες φροντίδας υγείας, δηλαδή την ενδονοσοκομειακή φροντίδα υγείας, τη φροντίδα υγείας από άλλους επαγγελματίες υγείας (κλινικούς διαιτολόγους, εργοθεραπευτές, λογοπαθολόγους, φυσιοθεραπευτές και κλινικούς ψυχολόγους), νοσηλευτές και μαίες, τα Τμήματα Ατυχημάτων & Επειγόντων Περιστατικών, τις υπηρεσίες ασθενοφόρων, τους οδοντιάτρους, την ανακουφιστική φροντίδα υγείας και την ιατρική αποκατάσταση από την 1η Ιουνίου 2020.

A' φάση εφαρμογής ΓεΣΥ	B' φάση εφαρμογής ΓεΣΥ
<b>Βασικές Υπηρεσίες Εξωνοσοκομειακής Φροντίδα Υγείας</b> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Προσωπικοί Ιατροί για ενήλικες και παιδιά</li><li>○ Ειδικοί Ιατροί</li><li>○ Φαρμακεία και φάρμακα</li></ul>	<b>Πλήρης Εφαρμογή</b> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Ενδονοσοκομειακή Φροντίδα,</li><li>○ ΤΑΕΠ και Ασθενοφόρα,</li><li>○ Νοσηλευτές, Μαίες και Άλλοι Επαγγελματίες Υγείας</li><li>○ Ανακουφιστική φροντίδα και</li></ul>

ο Εργαστήρια	Αποκατάσταση
--------------	--------------

#### **Πίνακας 8 :** Φάσεις υλοποίησης του ΓεΣΥ

Οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας θα παρέχονται από ιδιώτες και δημόσιους παροχείς, οι οποίοι θα επιλέξουν να συμβληθούν με τον ΟΑΥ. Δηλαδή, προσωπικούς ιατρούς, ειδικούς ιατρούς, φαρμακοποιούς και κλινικά εργαστήρια, ΤΑΕΠ, νοσηλευτές, μαιές, φυσιοθεραπευτές, κλινικούς ψυχολόγους, κλινικούς διαιτολόγους, λογοπαθολόγους, εργοθεραπευτές και κέντρα που παρέχουν ανακουφιστική φροντίδα υγείας και ιατρική αποκατάσταση.

#### **4.2.4 Χρηματοδότηση του συστήματος**

Το ΓεΣΥ θα χρηματοδοτείται κυρίως από τις εισφορές. Το ποσό εισφοράς υπολογίζεται με ποσοστό επί των συνολικών αποδοχών κάθε φυσικού προσώπου, με ανώτατο άθροισμα αποδοχών τις 180.000 ευρώ. Η είσπραξη των εισφορών θα γίνεται από τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το Τμήμα Φορολογίας και το Γενικό Λογιστήριο. Τα ποσοστά εισφορών από την 1η Μαρτίου 2019 μέχρι τις 28 Φεβρουαρίου 2020 θα είναι μειωμένα και από την 1η Μαρτίου του 2020 θα αυξηθούν (Πίνακας 9).

Κατηγορίες Εισφορέων	Πρώτη φάση (Από 1/3/19-29/2/20)	Πλήρης εφαρμογή (Από 1/3/20)	Επεξηγήσεις
Μισθωτός (δημόσιου και ιδιωτικού τομέα)	1,70%	2,65%	επί των αποδοχών του
Εργοδότης (συμπεριλαμβανομένου του Κράτους ως εργοδότη)	1,85%	2,90%	επί των αποδοχών κάθε μισθωτού του
Κράτος	1,65%	4,70%	επί των αποδοχών των μισθωτών, των

Κατηγορίες Εισφορέων	Πρώτη φάση (Από 1/3/19-29/2/20)	Πλήρης εφαρμογή (Από 1/3/20)	Επεξηγήσεις
			αυτοεργοδοτούμενων, αξιωματούχων και επί των συντάξεων
Αυτοτελώς εργαζόμενος	2,55%	4,00%	επί των αποδοχών του
Συνταξιούχος	1,70%	2,65%	επί της σύνταξής του
Εισοδηματίας (π.χ. ενοίκια, τόκοι, μερίσματα)	1,70%	2,65%	επί του εισοδήματός του
Αξιωματούχος	1,70%	2,65%	επί των αποδοχών του
Πρόσωπα υπεύθυνα για την καταβολή σε αξιωματούχους των προβλεπόμενων αποδοχών τους	1,85%	2,90%	επί των αποδοχών των αξιωματούχων
Το μέγιστο συνολικό ετήσιο ποσό για κάθε φυσικό πρόσωπο πάνω στο οποίο θα καταβάλλονται εισφορές, είναι το ποσό των €180.000			

**Πίνακας 9** : Χρηματοδότηση του συστήματος

Πηγή : (ΓεΣΥ, 2020)

#### 4.2.5 Ποιους αφορά

Κάθε πολίτης της Κύπρου που διαμένει στην Κύπρο είναι δικαιούχος του ΓεΣΥ. Προκειμένου να γίνει δικαιούχος θα πρέπει να εγγραφεί ηλεκτρονικά για να ενεργοποιήσει αυτό το δικαίωμα. Ανεξαρτήτως του πότε θα αιτηθεί του δικαιώματος θα πληρώνει τις εισφορές όπως περιγράφονται πιο πάνω (Πίνακας 9)

Σημειώνεται ότι ανεξαρτήτως του πότε θα εγγραφεί κάποιος στο ΓεΣΥ, εξακολουθεί να έχει υποχρέωση να καταβάλλει εισφορές στο ΓεΣΥ.

Μια από τις καινοτομίες ακολουθώντας και το παράδειγμα άλλων χωρών είναι η εισαγωγή του Προσωπικού Ιατρού με σκοπό την ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας

φροντίδας και παράλληλα την ορθολογικότερη ploήγηση των ασθενών στο σύστημα. Ανώτατο όριο ασθενών που μπορεί να εγγραφούν σε Προσωπικό ιατρό είναι 2.500 πολίτες της Κύπρου. Οι Προσωπικοί ιατροί που αφορούν:

- τους ενήλικες είναι ιατροί με ειδικότητα στην παθολογία, γενική ιατρική ή γηριατρική και
- τα παιδιά κάτω των 18 ετών είναι οι γιατροί με ειδικότητα στην παιδιατρική. Σημειώνεται ότι ο κάθε δικαιούχος μπορεί να αλλάξει, αν δεν είναι ικανοποιημένος από τις υπηρεσίες του προσωπικού του ιατρού κάθε τρεις μήνες, με εξαίρεση τα παιδιά μέχρι δύο ετών που έχουν δικαίωμα (ουσιαστικά οι γονείς τους) ανά πάσα στιγμή να αλλάξουν παιδίατρο.

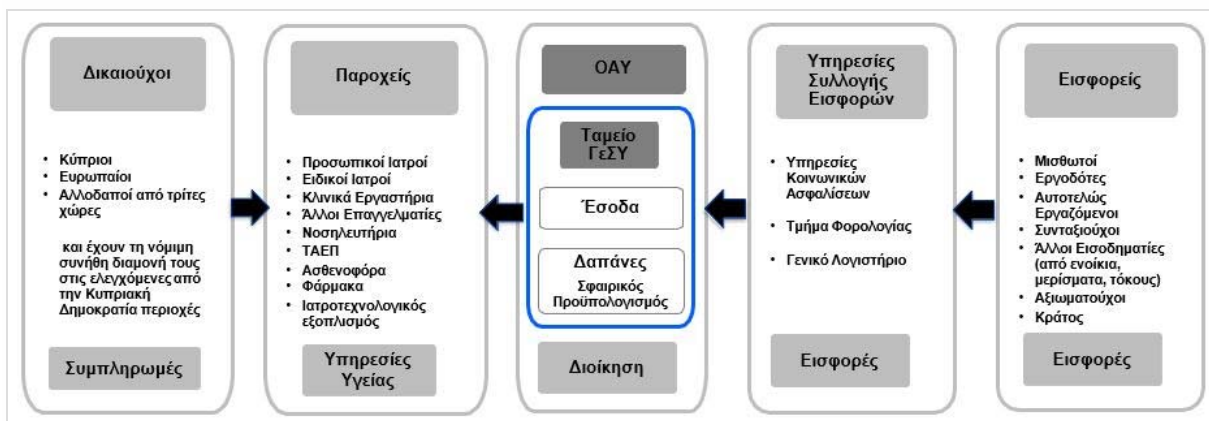
Σε ιδιαίτερες μόνο περιπτώσεις οι δικαιούχοι (Πίνακας 10) μπορούν και δικαιούνται απευθείας πρόσβαση (δηλαδή χωρίς παραπεμπτικό) στις υπηρεσίες υγείας (ειδικοί ιατροί εκτός ακτινολόγων, κυτταρολόγων και παθολογοανατόμων, ασθενοφόρα, γυναικολόγους, επείγοντα περιστατικά) η οποία όμως απαιτεί από το δικαιούχο μεγαλύτερη συμπληρωμή.

Δικαιούχοι	Αριθμός στο ΓΕΣΥ (έως 31/12/2019)	Σύνολο Δικαιούχων	% συμμετοχή στο ΓεΣΥ
Ενήλικες άνω των 18 ετών	620.000	677.000	91%
Παιδιά κάτω των 18 ετών	140.000	165.000	84%
ΣΥΝΟΛΟ	760.000	842.000	90%

**Πίνακας 10 :** Δικαιούχοι στο ΓεΣΥ, Δεκέμβριος 2019

Πηγή : (Παπακωνσταντίνου, 2019)

Ο τρόπος και η μέθοδος των παροχών και πληρωμών γίνεται όπως περιγράφεται στο Διάγραμμα 30



**Διάγραμμα 30:** Διαδικασία των παροχών και πληρωμών του ΓεΣΥ  
 Πηγή : (Παπακωνσταντίνου, 2019)

Οι ειδικότητες ή και εξειδικεύσεις που είναι αναγνωρισμένες από το Ιατρικό Συμβούλιο Κύπρου και με τις οποίες έχει συμβληθεί ο ΟΑΥ είναι οι ακόλουθες: Αιματολογία, Παθολογία, Ακτινοδιαγνωστική, Παθολογική Ανατομική (Ιστοπαθολογία), Ακτινοθεραπευτική Ογκολογία, Παθολογική Ογκολογία, Αλλεργιολογία, Παιδοκαρδιολογία, Αναισθησιολογία, Παιδοψυχιατρική, Γαστρεντερολογία, Πλαστική Χειρουργική, Γενική Χειρουργική, Πνευμονολογία-Φυματολογία, Δερματολογία - Αφροδισιολογία, Πυρηνική Ιατρική, Ενδοκρινολογία, Ρευματολογία, Καρδιολογία, Στοματογναθοπροσωποχειρουργική, Κυτταρολογία, Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση, Μαιευτική - Γυναικολογία, Χειρουργική Αγγείων, Νευρολογία, Χειρουργική Θώρακος, Νευροχειρουργική, Χειρουργική Παιδών, Νεφρολογία, Ψυχιατρική, Ορθοπαιδική, Ωτορινολαρυγγολογία, Ουρολογία, Εξειδίκευση στην Παιδονευρολογία, Οφθαλμολογία.

Το ΓεΣΥ δεν καλύπτει τις κατ' οίκον επισκέψεις από Ειδικό Ιατρό σε δικαιούχους. Οι κατ' οίκον επισκέψεις που περιλαμβάνονται στις υπηρεσίες που καλύπτει το ΓεΣΥ είναι αυτές από τους Προσωπικούς Ιατρούς σε μόνιμα κατακεκλιμένους ασθενείς (6 επισκέψεις τον χρόνο ανά μόνιμα κατακεκλιμένο ασθενή) όπως και η κατ' οίκον φροντίδα υγείας από νοσηλευτές (η οποία θα ενταχθεί στη δεύτερη φάση, τον Ιούνιο του 2020).

Ο Ειδικός Ιατρός μπορεί να παραπέμπει δικαιούχους σε άλλους παροχείς ως ακολούθως:

- σε εργαστήριο,
- σε ειδική ομάδα ΕΙ για τη διεξαγωγή διαγνωστικών εξετάσεων. Στην ειδική ομάδα ΕΙ ανήκουν οι πιο κάτω ιατρικές ειδικότητες:
  - ακτινοδιαγνωστική,
  - πυρηνική ιατρική,
  - κυτταρολογία,
  - παθολογική ανατομική (ιστοπαθολογία).
- σε νοσηλευτήριο για την παροχή ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας (2η Φάση του ΓεΣΥ, Ιούνιος 2020)
- σε ΤΑΕΠ (2η Φάση του ΓεΣΥ, Ιούνιος 2020),
- σε νοσηλεύτη, μαία και άλλο επαγγελματία υγείας (2η Φάση του ΓεΣΥ, Ιούνιος 2020),
- σε κέντρο ανακουφιστικής φροντίδας υγείας (2η Φάση του ΓεΣΥ, Ιούνιος 2020),
- σε κέντρο ιατρικής αποκατάστασης (2η Φάση του ΓεΣΥ, Ιούνιος 2020),

Το Σύστημα Πληροφορικής (ΣΠ) του ΓεΣΥ είναι ένα ενιαίο και ολοκληρωμένο σύστημα πληροφορικής, το οποίο καλύπτει όλες τις πτυχές της λειτουργίας και διαχείρισης του ΓεΣΥ. Τα οφέλη για τον ασθενή από το ΣΠ είναι πολύ σημαντικά. Αποτελεί το βασικό εργαλείο για την εγγραφή του ασθενούς στο ΓεΣΥ. Ο κάθε ασθενής θα μπορεί να λαμβάνει ηλεκτρονική εξυπηρέτηση από τους παρόχους υπηρεσιών υγείας (π.χ. μέσω της ηλεκτρονικής έκδοσης παραπεμπτικών, συνταγών κλπ.). Σταδιακά θα δημιουργείται και ο ηλεκτρονικός του φάκελος υγείας. Επιπρόσθετα, ο ρόλος του πληροφοριακού συστήματος είναι πολύ σημαντικός για την παρακολούθηση και τον έλεγχο της χρήσης των υπηρεσιών και των δαπανών υγείας, τη βελτίωση της διαφάνειας στον τομέα της Υγείας και την εφαρμογή της ηλεκτρονικής Υγείας (e-Health).

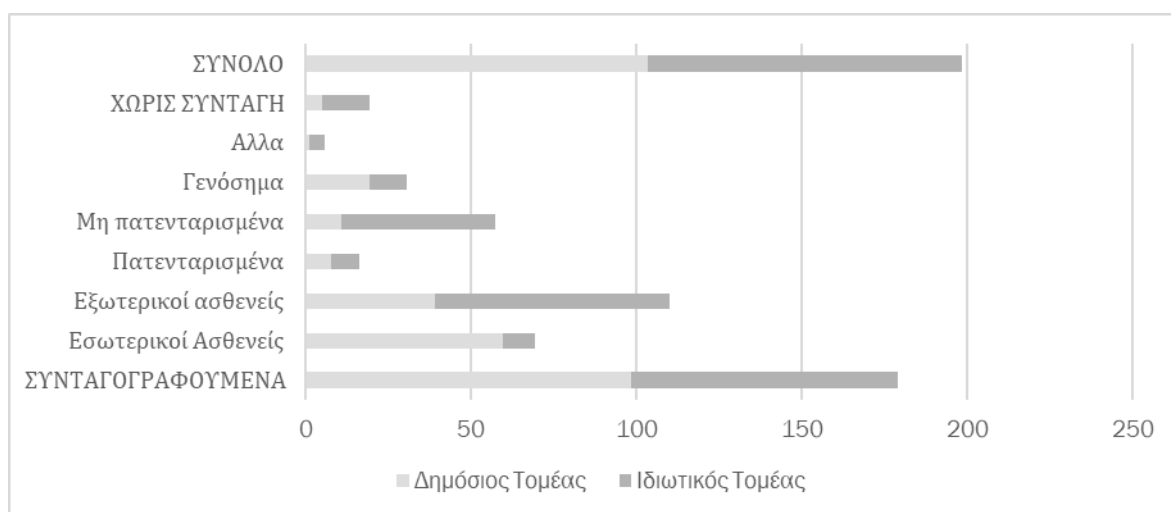
Σε αυτό το πλαίσιο, είναι σημαντικό να αναβαθμιστεί η υπάρχουσα υποδομή, ώστε να στοχεύει στον έλεγχο του όγκου, την έρευνα αποτελεσμάτων, την εισαγωγή, τη διάδοση και την υιοθέτηση κατευθυντήριων γραμμών βέλτιστων πρακτικών, καθώς και την παρακολούθηση του οικονομικού προγράμματος των ιατρών. Μια μακροπρόθεσμη πολιτική θα πρέπει να αποτελεί ιατρούς που είναι πιο υπεύθυνοι για το κόστος και την απόδοση των υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, οι προκαταλήψεις ελέγχου πρέπει να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά. Αυτό σημαίνει ότι μια ανεξάρτητη ομάδα ελέγχου είναι επιτακτική, με σαφείς όρους αναφοράς και πολυεπιστημονική τεχνική

εμπειρογνωμοσύνη. Προς αυτή την κατεύθυνση, όλες οι ιατρικά άδικες και οικονομικά παράλογες θεραπευτικές προσεγγίσεις θα πρέπει να αιτιολογούνται από τους γιατρούς βάσει των προσωπικών αναγκών του ατόμου και του ιατρικού φακέλου του ασθενούς. Παρ' όλα αυτά, η αλληλοσύνδεση του ιατρικού ελέγχου με προσωπικά δεδομένα θα πρέπει να περιγράφεται σαφώς για να διασφαλιστεί η εμπιστευτικότητα των προσωπικών δεδομένων ενός ασθενούς (GDPR). (Petrou, 2016) (Παπακωνσταντίνου, 2019)

#### **4.2.6 Τρέχοντα ζητήματα στην κυπριακή φαρμακευτική αγορά**

- Οι τιμές του ιδιωτικού τομέα είναι από τις υψηλότερες στην Ευρώπη, κυρίως επειδή η διεθνής αναφορά τιμών δεν περιλαμβάνει εμπιστευτικές εκπτώσεις σε άλλες χώρες.
- Τα φάρμακα με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας στον δημόσιο τομέα είναι ακριβά. Καθώς οι τιμές του δημόσιου τομέα δημοσιεύονται στο Διαδίκτυο - και επομένως ενδέχεται να επηρεάσουν τις τιμές σε χώρες που χρησιμοποιούν τις κυπριακές τιμές για αναφορά - οι κατασκευαστές δεν είναι πρόθυμοι να προσφέρουν μεγάλες εκπτώσεις στο Υπουργείο Υγείας. Η εθνική ένωση κατασκευαστών με βάση την έρευνα επιβεβαίωσε αυτήν την παρατήρηση.
- Υπάρχει κακή χρήση γενόσημων φαρμάκων στον ιδιωτικό τομέα και απαγορεύεται η υποκατάσταση γενόσημων φαρμάκων από τους φαρμακοποιούς. Πάνω από το 77% των δαπανών σε ιδιωτικά φαρμακεία λιανικής πωλούνται σε επώνυμα προϊόντα - δηλαδή επώνυμα προϊόντα που δεν έχουν κατοχυρωθεί με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας.
- Παρόλο που υπάρχει εθνικός κατάλογος εγκεκριμένων φαρμακευτικών προϊόντων, η κυβέρνηση δεν διαδίδει οδηγίες συνταγογράφησης και δεν υπάρχουν συστήματα πληροφοριών για την παρακολούθηση ή τον έλεγχο της συμπεριφοράς συνταγογράφησης.
- Υπάρχουν λίγα όρια στις οικονομικές σχέσεις μεταξύ ιατρών και κατασκευαστών, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν σε συγκρούσεις συμφερόντων.
- Οι ασθενείς του ιδιωτικού τομέα πληρώνουν για φάρμακα σχεδόν εξ ολοκλήρου. Αυτό θα μπορούσε να εκθέσει τους ασθενείς σε αδικαιολόγητους οικονομικούς

κινδύνους ή να αποτρέψει ορισμένους από την αναζήτηση ευεργετικής θεραπείας.



### Διάγραμμα 31 : Φαρμακευτική Δαπάνη στη Κύπρο

Πηγή : (Wouters and Kanavos, 2015)

Επίσης ένα από τα σοβαρά θέματα που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγείας και κατ'επέκταση και το νέο σύστημα της Κύπρου είναι αυτή του Οργανισμού αξιολόγησης της τεχνολογίας (Health technology Assessment) υγείας . Θα πρέπει να επιλέξει εάν θα επανεξετάσει τα αποδεικτικά στοιχεία που παράγονται αλλού ή εάν τα αποδεικτικά στοιχεία πρέπει να προσκομιστούν εντός του οργανισμού και στη συνέχεια να χρησιμοποιηθούν για τη λήψη απόφασης. Το μικρό μέγεθος της Κύπρου με περιορισμένους πόρους θα πρέπει να ληφθεί υπόψη προκειμένου να εξαχθεί το καταλληλότερο συμπέρασμα, όσον αφορά την παραγωγή αποδεικτικών στοιχείων από τον νεοσυσταθέντα οργανισμό. Αυτό το έργο αναλύει σε ποια χρονική στιγμή η Κύπρος αποφασίζει να ενσωματώσει νέα φάρμακα υψηλού κόστους στο Formulary of Hospital Drugs, σε σχέση με το χρόνο δημοσίευσης των αποφάσεων, που ελήφθησαν από τους οργανισμούς αξιολόγησης τεχνολογίας υγείας στην Αγγλία και την Ουαλία, τη Σκωτία και την Ιρλανδία , για την ένταξη των ίδιων φαρμάκων και για την ίδια ένδειξη, στα εθνικά τους συστήματα υγείας. Η επανεξέταση των αποδεικτικών στοιχείων που παρήχθησαν αλλού θα ήταν εφικτή για την Κύπρο, σε αντίθεση με την προσκόμιση



αποδεικτικών στοιχείων που πραγματοποιεί ο νέος οργανισμός, στην περίπτωση που οι άλλοι οργανισμοί θα είχαν ήδη προσκομίσει αποδεικτικά στοιχεία πριν η Κυπριακή Αρχή αρχίσει να τα εξετάζει. (Alexandrou Panayiotopoulou *et al.*, 2019)

Επίσης η προσπάθεια που αφορά την πολιτική του φαρμάκου στο πλαίσιο της λειτουργίας του ΓεΣΥ είναι σε κατεύθυνση που βοηθά το σύστημα και στον εξορθολογισμό του αλλά παράλληλα χωρίς θυσία είτε στην ποιότητα είτε στην πρόσβαση (Petrou and Vandoros, 2015, n. Table 1)

### **4.3 Το μεταναστευτικό**

Τα στοιχεία από διάφορες ευρωπαϊκές χώρες δείχνουν ότι, παρά τις δίκαιες φιλοδοξίες, εξακολουθούν να υπάρχουν ανισότητες μεταξύ μεταναστών και μη μεταναστών στην υγεία και στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Οι ανισότητες είναι τα αποτελέσματα των νομικών εμποδίων στην πρόσβαση στη φροντίδα των προσφύγων και των μεταναστών χωρίς έγγραφα, και οφείλονται επίσης στην οικονομική κατάσταση των μεταναστών που ενδέχεται να μην έχουν τα μέσα να πληρώσουν για υπηρεσίες υγείας ή / και μπορεί να στερούνται τη γλωσσική και πολιτιστική ικανότητα να πλοηγούνται συστήματα υγειονομικής περίθαλψης ή / και ενδέχεται να εκτεθούν σε διακρίσεις. Η ευρωπαϊκή κατάσταση σχετικά με την κατάσταση της υγείας των μεταναστών και την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη είναι ετερογενής και είναι δύσκολο να συγκριθούν και να εξαχθούν οριστικά συμπεράσματα λόγω των ελάχιστων στοιχείων. Οι διάφορες ασθένειες έχουν προτεραιότητα από διαφορετικές χώρες, αν και αυτές οι προτεραιότητες δεν αντιστοιχούν πάντα στις εκφρασμένες ανάγκες ή προτεραιότητες των μεταναστών. Η ψυχική υγειονομική περίθαλψη, η προληπτική φροντίδα (ανοσοποίηση) και η μακροχρόνια περίθαλψη παρουσία ενός αυξανόμενου πληθυσμού μεταναστών μεγαλύτερης ηλικίας προσδιορίζονται ως προτεραιότητες που αξίζουν μεγαλύτερη προσοχή. Υπάρχει ανάγκη βελτίωσης των υφιστάμενων δεδομένων σχετικά με την κατάσταση της υγείας των μεταναστών, τις ανάγκες και την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, ώστε να είναι δυνατή η παροχή βέλτιστης υγειονομικής περίθαλψης προσαρμοσμένης στις ανάγκες των μεταναστών. Καθώς οι φωνές των μεταναστών δεν υπήρχαν ιδιαίτερα στα αναθεωρημένα δεδομένα, πρέπει να διεξαχθεί

έρευνα για να επισημανθούν οι απόψεις των μεταναστών σχετικά με την υγεία τους και τα εμπόδια στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. (Alexandrou Panayiotopoulou *et al.*, 2019)

## 4.4 Σχεδιασμός

Στο σχεδιασμό του ΓεΣΥ έχουν περιληφθεί σχεδόν όλες οι βέλτιστες πρακτικές που έχει συστήσει η Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Για παράδειγμα, η ενδυνάμωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας και η θέσπιση του θεσμού του Προσωπικού Ιατρού είναι μια πρακτική που εφαρμόζεται σε Ολλανδία, Ηνωμένο Βασίλειο, Πορτογαλία, Νορβηγία, Ιταλία, Εσθονία, Γαλλία, Δανία κ.λπ. Αυτές οι πρακτικές έχουν προκύψει από την πολυετή εμπειρία και μελέτη των άλλων κρατών μελών (Alexandrou Panayiotopoulou *et al.*, 2019, n. Table 1) σε συστήματα υγείας και η προέλευσή τους δεν περιορίζεται σε συγκεκριμένες χώρες.

Βάσει των πιο πάνω, οι ανάγκες σε υπηρεσίες φροντίδας υγείας των ηλικιωμένων όπως και του υπόλοιπου πληθυσμού καλύπτονται από το ΓεΣΥ διά βίου χωρίς όριο ηλικίας. Όσον αφορά τη στέγαση και τη γενική καθημερινή φροντίδα ηλικιωμένων ή άλλων φυσικών προσώπων, αυτές δεν καλύπτονται από το ΓεΣΥ.

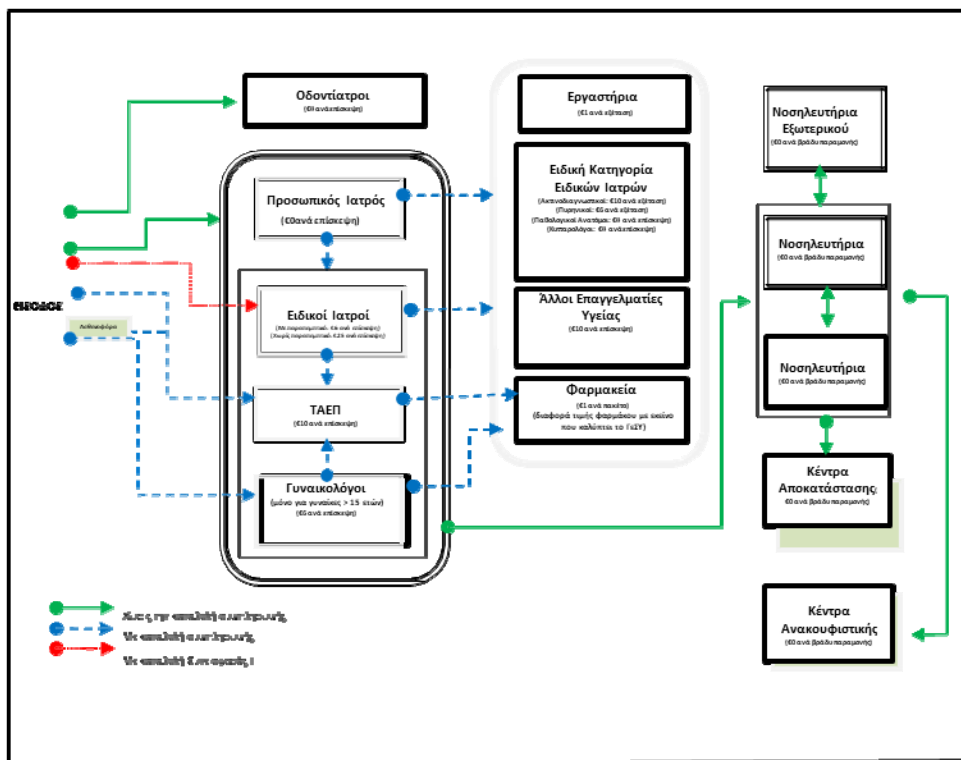
Το ΓεΣΥ αξιοποιώντας τις υπάρχουσες υποδομές που υπήρχαν στην Κύπρο στηρίχθηκε σε αυτές. Χρησιμοποιώντας αυτές τις ήδη υπάρχουσες υποδομές το κόστος διαχείρισης μπόρεσε να κρατηθεί σε χαμηλά επίπεδα (**Πίνακας 11**).

<b>Γενικό Λογιστήριο</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Αποδοχές μισθωτών που απασχολούνται από τη Δημοκρατία</li><li>• Συντάξεις που παρέχονται από το Πάγιο Ταμείο, εξαιρουμένης της κοινωνικής σύνταξης</li><li>• Αποδοχές αξιωματούχων της Δημοκρατίας</li></ul>
<b>Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Αποδοχές μισθωτών, εξαιρουμένων των μισθωτών που απασχολούνται από τη Δημοκρατία</li><li>• Ασφαλιστές αποδοχές αυτοτελώς εργαζομένων</li><li>• Συντάξεις που παρέχει το Ταμείο Κοινωνικών</li></ul>

	Ασφαλίσεων και Κοινωνική σύνταξη
<b>Τμήμα Φορολογίας</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Αποδοχές πέραν των ασφαλιστέων αποδοχών των αυτοτελώς εργαζομένων</li> <li>Συντάξεις εξαιρουμένων των συντάξεων για τις οποίες είναι υπεύθυνος ο Γενικός Λογιστής και ο Διευθυντής Υπηρεσιών Κοινωνικών Ασφαλίσεων</li> <li>Συντάξεις από το εξωτερικό</li> <li>Αποδοχές αξιωματούχων εξαιρουμένων των αξιωματούχων της Δημοκρατίας</li> <li>Εισοδήματα (π.χ. ενοίκια, τόκοι, μερίσματα)</li> </ul>

**Πίνακας 11 :** Αξιοποίηση υφιστάμενων υποδομών του ΓεΣΥ,

Πηγή : (Παπακωνσταντίνου, 2019)

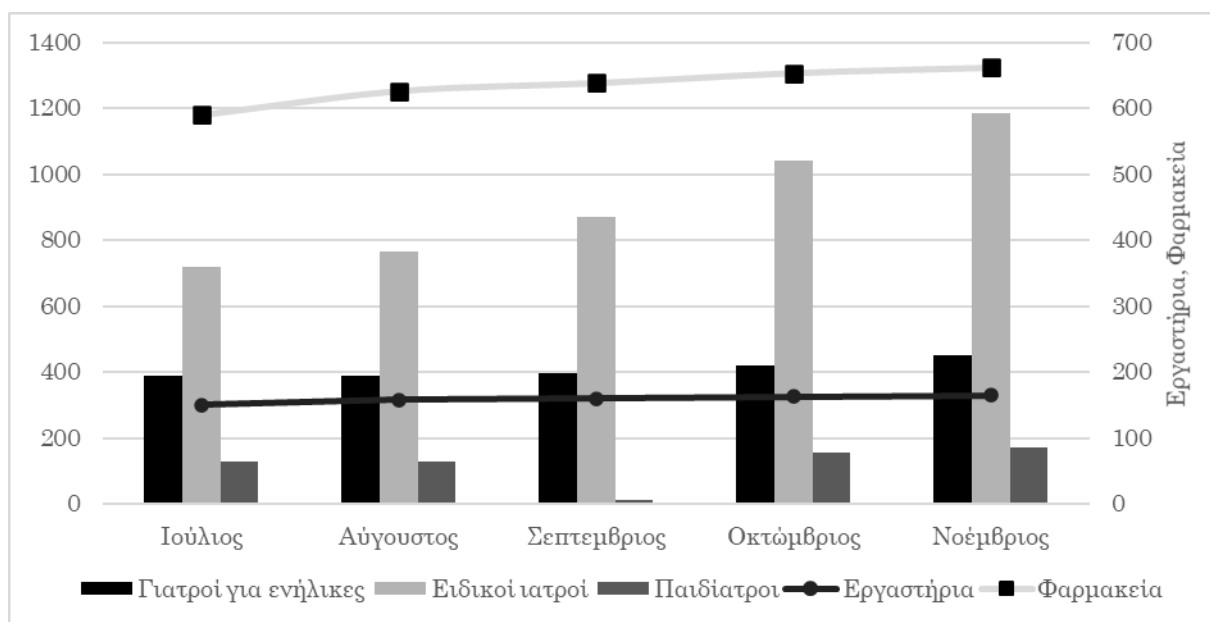


**Διάγραμμα 32 :** Οι διαδρομές των ασθενών εντός του ΓεΣΥ

Πηγή : (Παπακωνσταντίνου, 2019)

## 4.5 Απολογισμός της μέχρι τώρα λειτουργίας του ΓεΣΥ

Συνολικά οι εγγεγραμμένοι παροχείς στο ΓεΣΥ (έως και Νοέμβριο του 2019) ήταν 2.604, οι προσωπικοί ιατροί ενηλίκων ανέρχονται στους 452 εκ των οποίων οι 106 ανήκουν στον οργανισμό κρατικών υπηρεσιών υγείας (ΟΚΥΠΥ), οι προσωπικοί ιατροί παιδιών ανέρχονται στους 171 εκ των οποίων οι 37 εργάζονται στα κρατικά νοσηλευτήρια.



**Διάγραμμα 33 :** Παροχείς στο ΓεΣΥ  
Πηγή : (ΓεΣΥ, 2020), (Ολυμπίου, 2019)

	Ιούλιος	Αύγουστος	Σεπτέμβριος	Οκτώβριος	Νοέμβριος
Γιατροί για ενήλικες	391	391	399	420	452
Ειδικοί ιατροί	722	766	872	1042	1187
Παιδίατροι	128	128	13	157	171
Εργαστήρια	151	159	161	163	165
Φαρμακεία	591	627	639	654	662

**Πίνακας 12 :** Παροχείς στο ΓεΣΥ, (Ολυμπίου, 2019)

Συνεχής είναι η αύξηση που παρατηρείται στην εγγραφή των ειδικών ιατρών με τον αριθμό τους σήμερα να φτάνει τους 1.187 (Πίνακας 12).

Τα εργαστήρια κλινικών εξετάσεων που είναι εγγεγραμμένα στο ΓεΣΥ ανέρχονται στα 165 και τα φαρμακεία στα 662. Οι ειδικότητες ιατρών με τους περισσότερους εγγεγραμμένους είναι η καρδιολογία με 128, η γυναικολογία με 104, η ορθοπαιδική με 97 και ακολουθούν η ακτινολογία και η γενική χειρουργική με 88 εγγεγραμμένους ιατρούς. Τους πρώτους έξι μήνες πραγματοποιήθηκαν πάνω από ένα εκατομμύριο επισκέψεις (Πίνακας 13, Πίνακας 14, Πίνακας 15).

	Εγγεγραμμένοι/ Συμβεβλημένοι		Σύνολο
	ΟΚΥΠΥ	Ιδιώτες	
Προσωπικοί Ιατροί για ενήλικες	ΟΚΥΠΥ	111	397
	Ιδιώτες	286	
Παιδίατροι	ΟΚΥΠΥ	38	130
	Ιδιώτες	92	
Ειδικό Ιατροί	ΟΚΥΠΥ	494	833
	Ιδιώτες	339	
Σύνολο Ιατρών	ΟΚΥΠΥ	643	1.360
	Ιδιώτες	717	
Φαρμακεία	ΟΚΥΠΥ	14	519
	Ιδιώτες	505	
Κλινικά Εργαστήρια	ΟΚΥΠΥ	16	136
	Ιδιώτες	120	

**Πίνακας 13 :** Παροχές φροντίδας υγείας ανά τομέα (Ιδιώτες/ΟΚΥΠΥ)

Επισκέψεις δικαιούχων σε ΠΙ	476.000
Επισκέψεις δικαιούχων σε ΕΙ	233.000
Σύνολο επισκέψεων σε ιατρούς	709.000
Συνταγές φαρμάκων που εκτελέστηκαν	545.000
Παραπεμπτικά για εργαστηριακές εξετάσεις	325.000

**Πίνακας 14 :** Επισκέψεις δικαιούχων σε ιατρούς, συνταγές για φάρμακα και παραπεμπτικά για εργαστηριακές εξετάσεις που εκτελέστηκαν

Σύνολο απαιτήσεων που υποβλήθηκαν	1.112.000
Αριθμός απαιτήσεων που έτυχαν περαιτέρω διερεύνησης	34.000

**Πίνακας 15 :** Απαιτήσεις που υποβλήθηκαν στο ΓεΣΥ

Πηγή : (ΓεΣΥ, 2020)

## 4.6 Ανισότητες στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε υπηκόους τρίτων χωρών στην Κύπρο

Η Κύπρος, ως κράτος μέλος της ΕΕ από το 2004, θεωρείται ελκυστικός προορισμός μετανάστευσης λόγω της ισχυρής οικονομίας της και της επιβράβευσης της αγοράς εργασίας. Οι υψηλές μεταναστευτικές εισροές των τελευταίων δεκαπέντε ετών σταμάτησαν μόλις την περίοδο 2012-2015, λόγω της πρωτοφανούς χρηματοπιστωτικής κρίσης που έπληξε τη χώρα. Ωστόσο, από το 2016, οι μεταναστευτικές ροές αυξήθηκαν εκ νέου, ιδίως το τελευταίο εξάμηνο του 2018, για διάφορους λόγους, συμπεριλαμβανομένης της ταχείας ανάκαμψης της οικονομίας. Ένα μεγάλο ποσοστό των νεοεισερχομένων προέρχεται από μη ευρωπαϊκές χώρες, κυρίως από τις Φιλιππίνες, τη Σρι Λάνκα και την Ινδία καλύπτοντας τις ελλείψεις εργατικού δυναμικού, ιδίως στους τομείς χαμηλής ειδίκευσης της οικονομίας. Εκτός από την αυξημένη μετανάστευση εργατικού δυναμικού, υπάρχει επίσης η επιδείνωση της προσφυγικής κρίσης. Αύξηση 70% στους αιτούντες άσυλο<sup>4</sup> και 285% στη χορήγηση του καθεστώτος του πρόσφυγα από το 2014. Πέρα από τα παραπάνω, η Κύπρος το 2016 ήταν η τρίτη χώρα στην ΕΕ, πίσω από το Λουξεμβούργο και τη Μάλτα, με το υψηλότερο ποσοστό μεταναστών (20,4 ανά 1000 κατοίκους έναντι μέσου όρου εε 4,6 ανά 1000 κατοίκους) και μεταξύ των κορυφαίων χωρών της ΕΕ με τα υψηλότερα ποσοστά μη πολιτών της ΕΕ.

Παρά το σχετικά υψηλό ποσοστό των υπηκόων τρίτων χωρών, το οποίο το 2017 αντιπροσώπευε το 7% του συνολικού πληθυσμού και τη σημασία αυτού του εργατικού δυναμικού για την οικονομία όσον αφορά την ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας υπάρχουν σαφή κενά στην κοινωνική προστασία και στις πολιτικές ένταξης που επηρεάζουν αρνητικά την ευημερία των μεταναστών (Koutsampelas, Theodorou and Kantaris, 2020).

Οι μετανάστες ενδέχεται να αντιμετωπίσουν μεγαλύτερη ευπάθεια σε μεταδοτικές ασθένειες, όπως το HIV/AIDS ή η ηπατίτιδα και αντιμετωπίζουν υψηλότερους κινδύνους μη μεταδοτικών ασθενειών και προβλημάτων ψυχικής υγείας. Αυτές οι αδυναμίες είναι αποτέλεσμα των κακών κοινωνικοοικονομικών συνθηκών και των συνθηκών διαβίωσης, της περιορισμένης πρόσβασης σε υπηρεσίες και των δυσκολιών προσαρμογής σε ένα εντελώς νέο δύσκολο εργασιακό περιβάλλον στη χώρα υποδοχής. Αυτό το πρόβλημα με τους μετανάστες καλείται το ΓεσΥ να μπορεί να βρει τον ορθολογικότερο και παραγωγικότερο τρόπο μέσα στα πλαίσια της αλληλεγγύης να μπορέσει να το λύσει.

# Συμπεράσματα

Η λειτουργία του νέου εθνικού συστήματος υγείας, το οποίο ξεκίνησε τον Ιούνιο του 2019 με την παροχή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και θα ολοκληρωθεί πλήρως έως τον Ιούνιο του 2020 με την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης, αναμένεται να αλλάξει ριζικά το περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης, εξασφαλίζοντας καθολική κάλυψη, βελτιώνοντας την πρόσβαση ενώ παράλληλα δυνητικά θα αντιμετωπίσει τις ανισότητες.

Η περίπτωση της Κύπρου είναι ενδιαφέρουσα για διάφορους λόγους. Πρώτον, μέχρι το 2019, η Κύπρος ανήκε μεταξύ των λίγων χωρών της ΕΕ που δεν διέθεταν ένα σύστημα υγείας καθολικής πληθυσμιακής κάλυψης. Δεύτερον, η Κύπρος παρουσιάζει το μεγαλύτερο μερίδιο ιδιωτικών πληρωμών στην ΕΕ. Ο συνδυασμός των ανωτέρω, σε συνάρτηση και με κάποιες άλλες μεταβλητές, δημιούργησε μια ιδιαίτερα προβληματική κατάσταση η οποία προσδοκείται να αντιμετωπισθεί ιδίως στο πλαίσιο μιας διαρθρωτικής μεταρρύθμισης που υπόσχεται να αλλάξει ριζικά το περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης στην Κύπρο.

Το σύστημα της Κύπρου, μέχρι το τέλος Μαΐου 2019, αποτελούνταν από έναν άκρως συγκεντρωτικό δημόσιο τομέα και έναν ανεπαρκώς ρυθμισμένο ιδιωτικό τομέα. Χαρακτηρίστηκε από χαμηλό επίπεδο δημόσιων δαπανών και υψηλό επίπεδο ιδιωτικών δαπανών και με πολύ υψηλό μερίδιο των πληρωμών εκτός τσέπης. Αυτή η κατανομή των πόρων διαφοροποιούσε σημαντικά την Κύπρο από την υπόλοιπη Ευρώπη. Η μεγάλη εξάρτηση από τις ιδιωτικές δαπάνες ήταν η ρίζα σημαντικών ανισοτήτων.

Ο δημόσιος τομέας παρείχε υπηρεσίες μέσω ενός δικτύου νοσοκομείων και κέντρων υγείας που ελέγχονταν άμεσα από το Υπουργείο Υγείας. Ο ιδιωτικός τομέας, από την άλλη πλευρά, αποτελούνταν από ανεξάρτητους παρόχους, κυρίως σε αστικές περιοχές, που εργάζονταν σε μεμονωμένες ή σε ομάδες που παρέχουν υπηρεσίες σε όσους είχαν



την οικονομική δυνατότητα να πληρώσουν για τη θεραπεία, είτε από τους δικούς τους πόρους (δηλαδή από τους ανασφάλιστους, καθώς και από τους δικαιούχους του δημόσιου συστήματος που αναγκάστηκαν να επισκεφθούν ιδιωτικούς παρόχους λόγω των μακρών χρόνων αναμονής στα δημόσια νοσοκομεία είτε μέσω ιδιωτικών ασφαλιστικών παρόχων.

Μετά από περισσότερα από 20 χρόνια συζητήσεων και σχεδιασμού για την υγεία, τελικά τον Ιούνιο του 2017, το Κοινοβούλιο ενέκρινε δύο νομοσχέδια, τα οποία άνοιξαν το δρόμο για τη δημιουργία ενός νέου Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS). Αυτό το πολυαναμενόμενο σύγχρονο σύστημα είναι ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας καθολικής κάλυψης, χρηματοδοτούμενο από εισφορές που επιβάλλονται στις ετήσιες αποδοχές των δικαιούχων, μαζί με τις εισφορές των εργοδοτών και του κράτους. Το νέο σύστημα βρίσκεται σε διαδικασία εφαρμογής. Ξεκίνησε τη λειτουργία του την 1η Ιουνίου 2019, με την παροχή υπηρεσιών εξονοσοκομειακής φροντίδας (οικογενειακοί και ειδικοί, εργαστηριακές εξετάσεις και φάρμακα) και θα είναι πλήρως λειτουργικό από την 1η Ιουνίου 2020, παρέχοντας και ενδονοσοκομειακή περίθαλψη.

Οι φορείς του νέου συστήματος έχουν βάσιμους λόγους για να είναι αισιόδοξοι, δεδομένου ότι το νέο σύστημα θα εξασφαλίσει καθολική κάλυψη και ελεύθερη πρόσβαση τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα για όλους τους δικαιούχους, συμπεριλαμβανομένων των υπηκόων τρίτων χωρών, οι κίνδυνοι υπάρχουν πάντα σε τέτοιες σημαντικές μεταρρυθμίσεις. Για παράδειγμα, παρά το γεγονός ότι ο νόμος, κατ' αρχήν, αποσκοπεί στη δημιουργία ενός δίκαιου συστήματος για την επαρκή προστασία των φτωχών και των πλέον ευάλωτων ομάδων, υπάρχει ο κίνδυνος να μετατραπεί σε ένα σύστημα, το οποίο θα προάγει τις ανισότητες μέσω της δημιουργίας ασθενών δύο επιπέδων. Αυτό θα μπορούσε να συμβεί σε κάποιο βαθμό εάν ένας σημαντικός αριθμός ιδιωτικών γιατρών και νοσοκομείων θα μπορούσε να αρνηθεί να ενταχθεί στο νέο σύστημα, με αποτέλεσμα οι ασθενείς υψηλού εισοδήματος να έχουν την πρόσθετη επιλογή να λαμβάνουν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας από τον ιδιωτικό τομέα, σε αντίθεση με τους ασθενείς χαμηλού εισοδήματος.

Σε τέτοιες περιπτώσεις, το σημαντικότερο μήνυμα είναι ότι κάθε φορά που οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής μεταρρυθμίσουν ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης,

θα πρέπει να υιοθετούνται πολιτικές κοινωνικής ένταξης και να λαμβάνονται μέτρα που θα απευθύνονται τόσο στους ασθενείς όσο και στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, προκειμένου να μειωθούν οι παράγοντες αυτοί που οδηγούν σε ανισότητες στον τομέα της υγείας.

Τέλος, η αποτελεσματική λειτουργία του νέου συστήματος είναι ζωτικής σημασίας. Από τους έξι πρώτους μήνες λειτουργίας του, τα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά. Τα προβλήματα κατά τη διάρκεια αυτών των πρώτων μηνών δεν ήταν πολύ σοβαρά και, το σημαντικότερο, ήταν διαχειρίσιμα. Τα περισσότερα προβλήματα είχαν να κάνουν με τις δυσκολίες των παρόχων στη χρήση του συστήματος πληροφοριών του NHS, αλλά και με την έλλειψη επαρκών πληροφοριών σχετικά με τις νέες διαδικασίες πρόσβασης σε διάφορες υπηρεσίες υγείας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, τα προβλήματα αυτά έχουν δημιουργήσει συνωστισμό στις αίθουσες αναμονής και καθυστερήσεις στην περίθαλψη των ασθενών. Οι δυσκολίες αυτές φαίνεται να αντιμετωπίζονται σταδιακά και το νέο σύστημα φαίνεται να ακολουθεί σταδιακά μια σταθερή πορεία. Επιπλέον, όλο και περισσότεροι ειδικοί του ιδιωτικού τομέα συνάπτουν συμβάσεις με το σύστημα, ενώ το σύστημα παραπομπής λειτουργεί ικανοποιητικά. Ο χρόνος φαίνεται να λειτουργεί υπέρ του νέου συστήματος.

Το νέο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, σε συνδυασμό με τις αλλαγές στη διαχείριση δεδομένων σύμφωνα με τους Γενικούς Κανονισμούς Προστασίας Δεδομένων της ΕΕ (GDPR), υποδηλώνει πολλά υποσχόμενες θετικές αλλαγές. Μερικά από τα ζητήματα που σχετίζονται με τη διαχείριση δεδομένων θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν μέσω της χρήσης τεχνολογίας blockchain. Αυτή η τεχνολογία που προσφέρει πλεονεκτήματα, όπως ενισχυμένο απόρρητο δεδομένων, ασφάλεια, πρόσβαση, ακρίβεια, πληρότητα και διαλειτουργικότητα. Σε συνδυασμό με μεγάλα δεδομένα (big data), τεχνητή νοημοσύνη και μηχανική μάθηση, το blockchain θα μπορούσε να βελτιστοποιήσει τα μοντέλα πρόβλεψης ασθενειών και την ερμηνεία των διαγνωστικών ερευνών. Αυτές οι βελτιώσεις θα μπορούσαν να βοηθήσουν τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να λάβουν ακριβείς και έγκαιρες αποφάσεις σχετικά με τη διαχείριση των ασθενών. Ωστόσο, υπάρχει μια συνεχής συζήτηση σχετικά με τον αντίκτυπο του GDPR στη χρήση της τεχνολογίας blockchain, η οποία πρέπει να επιλυθεί πριν από την εφαρμογή του blockchain.

# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Alexandrou Panayiotopoulou, H. *et al.* (2019) 'Health Technology Assessment: Choices That Must Be Made - The Cyprus Perspective', *international Journal of Public Health and Health Systems*, 4(3), pp. 80–84.
- Andreou, E. *et al.* (2012) 'Risk factors of obesity in a cohort of 1001 Cypriot adults: An epidemiological study.', *Hippokratia*. Hippokratio General Hospital of Thessaloniki, 16(3), pp. 256–60. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23935294> (Accessed: 17 April 2020).
- Andreou, E. *et al.* (2017) 'Type 2 diabetes and its correlates in a first nationwide study among Cypriot adults', *Primary Care Diabetes*, 11(2), pp. 112–118. Available at: <https://app.dimensions.ai/details/publication/pub.1074207218>.
- Andreou, M., Pashardes, P. and Pashourtidou, N. (2010) 'Cost and Value of Health Care in Cyprus', *Economics Research Centre*, 4(1), pp. 3–24. Available at: [http://www.ucy.ac.cy/erc/documents/Andreou\\_Full\\_Text.010.pdf](http://www.ucy.ac.cy/erc/documents/Andreou_Full_Text.010.pdf).
- Azzopardi-Muscat, N. *et al.* (2016) 'Policy challenges and reforms in small EU member state health systems: a narrative literature review', *European Journal of Public Health*, 26(6), pp. 916–922. Available at: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw091>.
- Bhattacharya, J. and Sood, N. (2011) 'Who Pays for Obesity?', *Journal of Economic Perspectives*, 25(1), pp. 139–158. Available at: <http://www.aeaweb.org/articles?id=10.1257/jep.25.1.139>.
- Care, I. of M. (US) and N. A. of E. (US) and Health, R. on V. & S.-D. (2011) 'Healthcare System Complexities, Impediments, and Failures', in *Engineering a Learning Healthcare System: A Look at the Future: Workshop Summary*. National Academies Press (US), pp. 117–170.
- Cash, D. B. G. (ed.) (2019) *Hospital Transformation, Hospital Transformation*. Springer International Publishing.
- Chung, M. (2017) *Health Care Reform: Learning From Other Major Health Care Systems*, *Princeton Public Health Review*. Available at: <https://pphr.princeton.edu/2017/12/02/unhealthy-health-care-a-cursory-overview-of-major-health-care-systems/> (Accessed: 4 April 2020).
- Collaborators, G. B. D. 2016 R. F. (2017) 'Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease

Study 2016', *The Lancet*, 390(10100), pp. 1345–1422. Available at: <https://app.dimensions.ai/details/publication/pub.1091763038>.

ESPAD-Group (2016) *ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Luxembourg.

Eurostat (2020) *Healthcare personnel statistics - nursing and caring professionals*. Available at: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare\\_personnel\\_statistics\\_-\\_nursing\\_and\\_caring\\_professionals#Healthcare\\_personnel\\_E2.80.94\\_nursing\\_professionals](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_personnel_statistics_-_nursing_and_caring_professionals#Healthcare_personnel_E2.80.94_nursing_professionals) (Accessed: 4 April 2020).

Feliu Josa, A. *et al.* (2018) 'Impact of tobacco control policies on smoking prevalence and quit ratios in 27 European Union countries from 2006 to 2014', *Tobacco Control*, 28, p. tobaccocontrol-2017.

Fisher, J. J., Kaitelidou, D. and Samoutis, G. (2019) 'Happiness and physical activity levels of first year medical students studying in Cyprus: A cross-sectional survey', *BMC Medical Education*, 19(1).

Gaeta, M. *et al.* (2017) 'An overview of different health indicators used in the European Health Systems', *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*. Pacini Editore S.p.A., 58(2), pp. E114–E120.

Gilson, L. (ed.) (2012) *Health Policy and Systems Research A Methodology Reader*. Geneva: World Health Organization. Available at: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44803/9789241503136\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44803/9789241503136_eng.pdf) (Accessed: 2 April 2020).

Grima, S. *et al.* (2018) 'High Out-of-Pocket Health Spending in Countries With a Mediterranean Connection', *Frontiers in Public Health*, p. 145. Available at: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2018.00145>.

*Healthcare expenditure across the EU: 10% of GDP* (2020). Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20200331-1> (Accessed: 4 April 2020).

Hileti D, Vichas C, Singhal A, Heraclides A, I. M. and L. J. (2019) 'Developmental factors and risk of obesity in infants living in Cyprus - a prospective longitudinal study', *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 32(4), p. 547. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jhn.12692>.

HOPE (2018) *HOSPITALS IN EUROPE HEALTHCARE DATA*. Brussels: HOPE.

IEME (2018) *Global Health Data Exchange*. Available at: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> (Accessed: 4 April 2020).

Koutsampelas, C., Theodorou, M. and Kantaris, M. (2020) 'Inequalities in healthcare provision to third country nationals in Cyprus and the prospect of a promising health reform', *Migration Letters*. Transnational Press London Ltd, 17(1), pp. 155–163.

Leão, T. *et al.* (2019) 'Economic Evaluation of Five Tobacco Control Policies Across Seven European Countries', *Nicotine & Tobacco Research*, ntr(124). Available at: <https://doi.org/10.1093/ntr/ntz124>.

Light, D. W. (2003) 'Universal health care: Lessons from the British experience', *American Journal of Public Health*. American Public Health Association Inc., 93(1), pp. 25–30.

Meera Shekar, B. P. (ed.) (2020) *Obesity: Health and Economic Consequences of an Impending Global Challenge*. World Bank Group. Available at: <https://app.dimensions.ai/details/publication/pub.1125289724>.

Meo, S. A. *et al.* (2019) 'Prevalence of Type 2 Diabetes Mellitus Among Men in the Middle East: A Retrospective Study', *American Journal of Men's Health*. SAGE Publications Inc., 13(3).

Minor, L. B. (2010) 'International Trends in the Evolution of Health Care Delivery and Financing: From Bismarck to Beveridge to "The Blues"', in *Keynote speaker, Prosper Ménière Society: 14th International Symposium and Workshop on Inner Ear Medicine and Surgery*. Bologna, Italy. Available at: [http://web.jhu.edu/administration/provost/docs/101014\\_Minor\\_Speech\\_PP.pdf](http://web.jhu.edu/administration/provost/docs/101014_Minor_Speech_PP.pdf) (Accessed: 4 April 2020).

Mitropoulos, P. (2019) 'Production and quality performance of healthcare services in EU countries during the economic crisis', *Operational Research*. Springer.

Mlinarić, M. *et al.* (2020) 'Enhancing implementation of smoke-free places: A comparative qualitative study across seven European cities', *Social Science and Medicine*. Elsevier Ltd, 247, p. 112805.

Nomisma.com.cy/index.php (2020) *Η εφαρμογή β' φάσης ΓεΣΥ παρατείνεται για τρεις μήνες, λέει ο Α. Παπακωνσταντίνου*, *nomisma.com.cy*. Available at: <http://www.nomisma.com.cy/index.php?id=102565> (Accessed: 24 April 2020).

OECD/EU (2018) *Health at a Glance: Europe 2018*. Paris: OECD Publishing. Available at: [https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/health_glance_eur-2018-en).

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019) *Cyprus: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*. Brussels: OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies. Available at: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/cb3b543e-el.pdf?expires=1586421522&id=id&accname=guest&checksum=C59AF5B8FB3DD9F04D0F1969DC305ACF> (Accessed: 4 April 2020).

OECD (2019) 'The heavy burden of obesity and the economics of prevention', in *The Heavy Burden of Obesity*, p. 13. Available at: <https://app.dimensions.ai/details/publication/pub.1122169428>.

OECD (2020) *Country Health Profiles 2019 Cyprus*. Available at: <http://www.oecd.org/health/Country-Health-Profiles-2019-Cyprus.xls> (Accessed: 4 April 2020).

*Official Journal of the European Union* (2006) 'Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems / (2006/C 146/01)', 22 June. Available at: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:EN:PDF> (Accessed: 6 April 2020).

- Pallari, E., Samoutis, G. and Rudd, A. (2020) 'Re-engineering the Cypriot healthcare service system', *BMC Health Services Research*. BioMed Central, 20(1), p. 293. Available at: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-5048-3> (Accessed: 15 April 2020).
- Petrou, P. (2014) 'Pharmacoeconomics in the years of crisis: A solution or just a resolution? A Cyprus perspective', *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, pp. 627–636.
- Petrou, P. (2015) 'Crisis as a serendipity for change in Cyprus' healthcare services', *Journal of Medical Economics*, pp. 805–807.
- Petrou, P. (2016) 'Global Budget for Cyprus' National Health System: The Promised Land or a No Man's Land?', *Value in Health Regional Issues*, 10, pp. 67–72.
- Petrou, P. and Vandoros, S. (2015) 'Cyprus in crisis: Recent changes in the pharmaceutical market and options for further reforms without sacrificing access to or quality of treatment', *Health Policy*, 119(5), pp. 563–568.
- Petrou, P. and Vandoros, S. (2018) 'Healthcare reforms in Cyprus 2013–2017: Does the crisis mark the end of the healthcare sector as we know it?', *Health Policy*, 122(2), pp. 75–80.
- Philipson, T. J. and Posner, R. A. (2008) 'Is the Obesity Epidemic a Public Health Problem? A Review of Zoltan J. Acs and Alan Lyles's Obesity, Business and Public Policy', *Journal of Economic Literature*, 46(4), pp. 974–982. Available at: <http://www.aeaweb.org/articles?id=10.1257/jel.46.4.974>.
- Pittokopitou-Papiri, I., Eleni Jelastopulu, D. and Andrioti and George Charalambous (2017) 'Estimation of Private Health Expenditure in Cyprus', *Journal of Medical Education and Training*, 4, pp. 14–18. Available at: [https://www.researchgate.net/publication/325757899\\_Estimation\\_of\\_Private\\_Health\\_Expenditure\\_in\\_Cyprus](https://www.researchgate.net/publication/325757899_Estimation_of_Private_Health_Expenditure_in_Cyprus) (Accessed: 8 February 2020).
- Stamati, F. and Baeten, R. (2015) *Health care reforms and the crisis. Report 134*. Brussels: ETUI aisb.
- Stepovic, M. (2019) 'GDP Growth and Health Care Expenditures Worldwide', *The Open Pharmacoeconomics & Health Economics Journal*. Bentham Science Publishers Ltd., 7(1), pp. 9–18.
- Stylianou-Riga, P. *et al.* (2018) 'Maternal socioeconomic factors and the risk of premature birth and low birth weight in Cyprus: A case-control study', *Reproductive Health*, 15(1).
- T.R Reid (2010) *The Healing of America A GLOBAL QUEST FOR BETTER, CHEAPER, AND FAIRER HEALTH CARE*. London: The Penguin Press.
- Theodorou, M. *et al.* (2016) 'CT And MRI Units In Cyprus: A Market Analysis', *Value in Health*, 19(7), p. a618. Available at: <https://app.dimensions.ai/details/publication/pub.1051212309>.
- Tinelli, M. *et al.* (2018) 'Improving quality care for diabetes in the community: What do Cypriot patients want?', *International Journal for Quality in Health Care*. Oxford

University Press, 30(6), pp. 443–449.

Tulchinsky, T. H. and Varavikova, E. A. (2014) *The New Public Health, Third Edition Edition, The New Public Health*. San Diego: Elsevier BV, Academic Press, San Diego.

Tyrovoulas, S. *et al.* (2018) 'The burden of disease in Greece, health loss, risk factors, and health financing, 2000–16: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2016', *The Lancet Public Health*, 3(8), pp. e395–e406.

W.H.O. (2016) *Global Report on Diabets*. WHO.

WHO (2000) *WHO | The world health report 2000 - Health systems: improving performance, WHO*. Geneva: World Health Organization. Available at: [https://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf](https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf) (Accessed: 2 April 2020).

WHO (2013) *WHO | World Health Statistics 2013, WHO*. Geneva: World Health Organization. Available at: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/81965/9789241564588\\_eng.pdf;jsessionid=7BE897C284E880E44D2C5B840821D8AB?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/81965/9789241564588_eng.pdf;jsessionid=7BE897C284E880E44D2C5B840821D8AB?sequence=1) (Accessed: 2 April 2020).

World Health Organisation (2009) *Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: World Health Organization. Available at: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/global\\_health\\_risks/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/) (Accessed: 4 April 2020).

World Health Organisation (2016) *World Health Organization, WHO. 2016. Healthcare personnel statistics – physicians*. Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/pdfscache/37382.pdf> (Accessed: 4 April 2020).

Wouters, O. J. and Kanavos, P. G. (2015) 'Transitioning to a national health system in Cyprus: a stakeholder analysis of pharmaceutical policy reform', *Bulletin of the World Health Organization*. World Health Organization, 93(9), pp. 606–613.

ΓεΣΥ (2020) ΓεΣΥ. Available at: [https://www.gesy.org.cy/sites/Sites?d=Desktop&locale=el\\_GR&lookuphost=/el-gr/&lookuppage=hiofinancing](https://www.gesy.org.cy/sites/Sites?d=Desktop&locale=el_GR&lookuphost=/el-gr/&lookuppage=hiofinancing) (Accessed: 23 April 2020).

Κουλούμας, Μ. (2019) 'Ο ρόλος των οργανωμένων ασθενών στον σχεδιασμό και την εισαγωγή του συστήματος Υγείας στην Κύπρο', in *Πανελλήνιο Συνέδριο για τα Οικονομικά και τις Πολιτικές της Υγείας 2019, 10-12 Δεκεμβρίου Αθήνα Ελληνική Επιστημονική Εταιρεία Οικονομίας & Πολιτικής της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνική Επιστημονική Εταιρεία Οικονομίας & Πολιτικής της Υγείας. Available at: <https://www.healthpolicycongress.gr/παρουσιάσεις/> (Accessed: 4 April 2020).

Μπέσης, Ν. Σ. (1993) *Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Ο κλάδος των διαγνωστικών κέντρων, ιδιωτικών κλινικών και κέντρων αποκατάστασης*. Αθήνα: Ειδικά κλαδικά θέματα/ Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών).

Ολυμπίου, Χ. (2019) ΓεΣΥ: Έξι μήνες ζωής μετρά το γενικό σχέδιο υγείας, *ygeiawatch*. Available at: <https://www.ygeiawatch.com.cy/news/eidhseis/gesy-exi-mhnes-zwhs-metra-to-geniko-sxedio-ygeias> (Accessed: 4 April 2020).

Παπακωνσταντίνου, Α. (2019) 'Γενικό Σχέδιο Υγείας Κύπρου: Έξι μήνες μετά την

εφαρμογή της πρώτης φάσης: Προβλήματα, προκλήσεις και προοπτικές', in *Πανελλήνιο Συνέδριο για τα Οικονομικά και τις Πολιτικές της Υγείας 2019, 10-12 Δεκεμβρίου Αθήνα Ελληνική Επιστημονική Εταιρεία Οικονομίας & Πολιτικής της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνική Επιστημονική Εταιρεία Οικονομίας & Πολιτικής της Υγείας. Available at: <https://www.healthpolicycongress.gr/παρουσιάσεις/> (Accessed: 4 April 2020).

Στατιστική Υπηρεσία (2019) *Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου*. Available at: [http://www.cystat.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/All/A13E0F2556814518C225820300222B06/\\$file/B\\_POP&SOCIAL-EN-060319.xls?OpenElement](http://www.cystat.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/All/A13E0F2556814518C225820300222B06/$file/B_POP&SOCIAL-EN-060319.xls?OpenElement) (Accessed: 4 April 2020).

Υπουργείο Υγείας Κύπρου (2017) 'ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ 2018-2020'.

Χαραλάμπους, Α. and Σωκράτους, Σ. (2009) 'Περιγραφική Ανάλυση του Συστήματος Υγείας της Κύπρου στη Βάση των Κυριότερων Θεωριών Κράτους Πρόνοιας', *Νοσηλευτική*, 48(2), pp. 136-142.