



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

**Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ
ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ
ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ

ΧΡΙΣΤΟΣ ΘΡΑΣΥΒΟΥΛΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΗΛΙΑΣ ΚΟΝΔΥΛΗΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ, 2016

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

**Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ
ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ
ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ

ΧΡΙΣΤΟΣ ΘΡΑΣΥΒΟΥΛΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΗΛΙΑΣ ΚΟΝΔΥΛΗΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ, 2016

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Κατάλογος περιεχομένων.....	4
Περιεχόμενα διαγραμμάτων.....	7
Περιεχόμενα πινάκων.....	8
Ευχαριστίες.....	9
Συντομογραφίες.....	10
Περίληψη.....	12
Abstract.....	13
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	14
2. ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ, ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΚΑΙ ΜΝΗΜΟΝΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ.....	17
2.1 Η παγκόσμια οικονομική κρίση.....	17
2.1.1 Τα αίτια της κρίσης.....	19
2.1.1.1 Μακροοικονομικά αίτια.....	20
2.1.1.2 Μικροοικονομικά αίτια.....	22
2.1.2 Η απάντηση στην κρίση.....	23
2.2 Κυπριακή οικονομία και Μνημόνιο Οικονομικής Προσαρμογής.....	27
2.2.1 Η προ την κρίση οικονομία της Κύπρου.....	27
2.2.2 Κυπριακή οικονομία: από την άνθηση στη διάσωση.....	31
2.2.3 Μνημόνιο Οικονομικής Προσαρμογής.....	35
2.2.3.1 Απαντήσεις πολιτικής υγείας.....	38
3. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ.....	40
3.1 Εισαγωγή.....	40
3.2 Μηχανισμοί επίδρασης της οικονομίας στην υγεία.....	41
3.3 Ιστορικά δεδομένα.....	43
3.3.1 Η Μεγάλη Ύφεση του 1929.....	43
3.3.2 Η κρίση στη Σοβιετική Ένωση.....	44
3.3.3 Η κρίση στη Νοτιοανατολική Ασία.....	45
3.4 Σύγχρονα εμπειρικά δεδομένα.....	46
3.4.1 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών.....	46
3.4.2 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας.....	50

3.4.2.1 Απαντήσεις πολιτικής.....	51
3.4.2.2 Επιπτώσεις στη χρήση των υπηρεσιών υγείας.....	52
3.4.2.3 Επιπτώσεις στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας.....	53
4. ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ.....	56
4.1 Εισαγωγή.....	56
4.2 Δομή και Οργάνωση.....	57
5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	61
5.1 Σκοπός έρευνας και βασικά ερευνητικά ερωτήματα.....	61
5.3 Γενική Μεθοδολογία.....	61
6. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	65
6.1 Οικονομική κατάσταση.....	65
6.1.1 Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν.....	65
6.1.2 Κατά κεφαλήν εισόδημα.....	66
6.1.3 Δημοσιονομικό ισοζύγιο.....	67
6.1.4 Δημόσιο χρέος.....	68
6.1.5 Εμπορικό ισοζύγιο.....	68
6.1.6 Πληθωρισμός.....	69
6.2 Κοινωνικοοικονομική κατάσταση.....	70
6.2.1 Ανεργία.....	70
6.2.2 Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός.....	73
6.3 Επίπεδο υγείας του πληθυσμού.....	74
6.3.1 Θνησιμότητα.....	74
6.3.1.1 Προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση.....	76
6.3.1.2 Θνησιμότητα από επιλεγμένες παθήσεις.....	76
6.3.1.3 Θνησιμότητα από τροχαία συμβάντα.....	78
6.3.1.4 Αυτοκτονίες και Ανθρωποκτονίες.....	79
6.3.2 Νοσηρότητα.....	81
6.3.2.1 Λοιμώδη νοσήματα.....	81
6.3.2.2 Χρήση ενδοφλέβιων ουσιών.....	81
6.3.2.3 Ψυχική υγεία.....	82
6.3.3 Χρηματοδότηση συστήματος υγείας.....	83

6.3.4 Χρήση υπηρεσιών υγείας.....	85
6.3.5 Ανισότητες στην υγεία.....	87
6.3.5.1 Ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρική φροντίδα.....	87
6.3.5.2 Αυτοπροσδιοριζόμενο επίπεδο υγείας.....	88
7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	90
7.1 Περιορισμοί της μελέτης.....	95
8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	97
9. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	100
10. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	110
10.1 Ερευνητικό πρωτόκολλο	110

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 2.1: Ανεργία (% του εργατικού δυναμικού).....	27
Διάγραμμα 2.2: Προστιθέμενη αξία του πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή τομέα της οικονομίας (% του ΑΕΠ).....	29
Διάγραμμα 2.3: Ρυθμός αύξησης πραγματικού ΑΕΠ της Κύπρου και της ζώνης του ευρώ (% μεταβολή σε σχέση με το προηγούμενο έτος).....	30
Διάγραμμα 2.4: Δημοσιονομικό έλλειμμα της Κύπρου (% του ΑΕΠ).....	30
Διάγραμμα 2.5: Ισοζύγιο Τρεχουσών Συναλλαγών.....	33
Διάγραμμα 2.6: Σύνολο ενεργητικού κυπριακού τραπεζικού τομέα (% του ΑΕΠ), 2010.....	34
Διάγραμμα 3.1: Εξέλιξη της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας 2001 – 2014.....	54
Διάγραμμα 3.2: Μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας, σε πραγματικούς όρους, 2005 – 2013, στις χώρες του ΟΟΣΑ.....	55
Διάγραμμα 6.1: Ρυθμός ανάπτυξης ΑΕΠ 2011 – 2015 σε σταθερές τιμές. Σύγκριση με το αντίστοιχο τρίμηνο του προηγούμενου έτους (ποσοστιαία αλλαγή).....	65
Διάγραμμα 6.2: Κατά Κεφαλήν Ακαθάριστο Εθνικό Εισόδημα 2000 – 2014.....	67
Ραβδόγραμμα 6.1: Δημοσιονομικό Έλλειμμα / Πλεόνασμα % του ΑΕΠ, 2005 – 2014.....	67
Ραβδόγραμμα 6.2: Δημόσιο Χρέος % του ΑΕΠ, 2007 – 2015.....	68
Διάγραμμα 6.3: Ρυθμός Πληθωρισμού (%), 2005 – 2014.....	70
Διάγραμμα 6.4: Ρυθμός Πληθωρισμού (%) στην Κύπρο και σε επιλεγμένες χώρες της ΕΕ..	70
Διάγραμμα 6.5: Γενικό ποσοστό ανεργίας πληθυσμού 15+ χρόνων στην Κύπρο και την ΕΕ την περίοδο 2007 – 2014.....	71
Διάγραμμα 6.6: Ποσοστά ανεργίας κατά φύλο την περίοδο 2007 – 2014.....	71
Διάγραμμα 6.7: Ποσοστά ανεργίας κατά ηλικιακή ομάδα την περίοδο 2007 – 2014.....	72
Διάγραμμα 6.8: Ποσοστά μακροχρόνιας ανεργίας στην Κύπρο και την Ευρωζώνη την περίοδο 2007 – 2014.....	73
Διάγραμμα 6.9: Πληθυσμός σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό (%) την περίοδο 2009 – 2014.....	74

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 2.1: Κύριοι Οικονομικοί Δείκτες για την Κύπρο, 2005 – 2016.....	32
Πίνακας 6.1: ΑΕΠ σε σταθερές τιμές (2005) ανά τρίμηνο, 2007 – 2015 (€ εκ.).....	65
Πίνακας 6.2 : Κατά κεφαλήν ακαθάριστο εθνικό εισόδημα, 2005 – 2014.....	66
Πίνακας 6.3: Εξωτερικό Εμπόριο (€ εκ.).....	69
Πίνακας 6.4: Αριθμός και ρυθμός (ποσοστό) θανάτων από όλες τις αιτίες, 2004 – 2014....	75
Πίνακας 6.5: Προτυποποιημένη Θνησιμότητα (SDR) από όλες τις αιτίες, 2004 – 2012.....	75
Πίνακας 6.6: Προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση, νεογνικοί θάνατοι, ρυθμός μητρικής θνησιμότητας, 2004 – 2012	76
Πίνακας 6.7: Θνησιμότητα (SDR) από Ισχαιμική Καρδιακή Νόσο (ανά 100.000).....	77
Πίνακας 6.8: Θνησιμότητα (SDR) από Λοιμώδη και Παρασιτικά νοσήματα (ανά 100.000).	77
Πίνακας 6.9: Θνησιμότητα (SDR) από Χρόνια Ηπατοπάθεια και κατανάλωση οινοπνεύματος (ανά 100,000).....	78
Πίνακας 6.10.1: Αριθμός και θάνατοι από τροχαία, 2008 – 2014.....	79
Πίνακας 6.10.2: Τροχαία (ανά 100.000), 2004 – 2012.....	79
Πίνακας 6.11.1: Αυτοκτονίες 2009 – 2013.....	80
Πίνακας 6.11.2: Αυτοκτονίες και ανθρωποκτονίες (ανά 100.000) 2004 – 2012.....	80
Πίνακας 6.12: Επίπτωση επιλεγμένων λοιμωδών νοσημάτων 2004 – 2014.....	81
Πίνακας 6.13: Ενδοφλέβιοι χρήστες ουσιών.....	81
Πίνακας 6.14: Στοιχεία ψυχικής υγείας, 2005 – 2013.....	82
Πίνακας 6.15.1: Δαπάνη Υπηρεσιών Υγείας, 2005 – 2013 (€ εκ.)	83
Πίνακας 6.15.2: Δαπάνη Υπηρεσιών Υγείας σε σταθερές τιμές, 2006 – 2014 (€ εκ.).....	84
Πίνακας 6.15.3: Δαπάνη Υπηρεσιών Υγείας, 2004 – 2012.....	84
Πίνακας 6.16.1: Δείκτες Υγείας, 2006 – 2013.....	85
Πίνακας 6.16.2: Δείκτες Υγείας, 2004 – 2013	87
Πίνακας 6.17: Αυτοαναφερόμενες ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρική φροντίδα, 2005 – 2014.....	88
Πίνακας 6.18: Αυτοπροσδιοριζόμενη (Self-perceived) υγεία, 2005 – 2014.....	89

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Ηλία Κονδύλη για την εποικοδομητική ανατροφοδότηση, την καθοδήγηση και τη συνεχή υποστήριξή του καθ' όλη την διάρκεια διεκπεραίωσης αυτής της διατριβής.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΑΕΠ – Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

ΑΤΑ – Αυτόματη Τιμαριθμική Αναπροσαρμογή

ΓΕΣΥ – Γενικό Σύστημα Υγείας

ΔΝΤ – Διεθνές Νομισματικό Ταμείο

ΕΕ – Ευρωπαϊκή Ένωση

ΕΚΤ – Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα

ΕΙ – Εξωτερικά Ιατρεία

ΕΚΤΕΠΙΝ – Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά

ΕνΔΤΚ – Εναρμονισμένος Δείκτης Τιμών Καταναλωτή

ΗΠΑ – Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

ΙΤΣ – Ισοζύγιο Τρεχουσών Συναλλαγών

ΚΤΚ – Κεντρική Τράπεζα της Κύπρου

ΜΚΟ – Μη Κερδοσκοπικός Οργανισμός

ΜΣ – Μνημόνιο Συναντίληψης

NAM III – Νοσοκομείο Αρχιεπίσκοπος Μακάριος

ΟΑΥ – Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας

ΟΟΣΑ – Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

ΟΝΕ – Οικονομική και Νομισματική Ένωση

ΠΟΥ – Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΤΕΠ – Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

ΦΠΑ – Φόρος Προστιθέμενης Αξίας

AIDS – Acquired immunodeficiency syndrome

CT – Computed Tomography

DRG – Diagnosis-Related Group

EFSM – European Financial Stability Mechanism

EFSF – European Financial Stability Facility

ESM – European Stability Mechanism

ELA – Emergency Liquidity Assistance

Fed – Federal Reserve

HIV – Human Immunodeficiency Virus

MRI – Magnetic Resonance Imaging

NFA – New Financial Architecture

OOP – Out of Pocket

PPP – Purchasing Power Parity

PPS – Purchasing Power Standard

SDR – Standardized Death Rate

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ένας αυξανόμενος αριθμός μελετών τα τελευταία χρόνια υποστηρίζει ότι η οικονομική κρίση και οι απαντήσεις πολιτικής υγείας για την αντιμετώπισή της, ίσως έχουν αρνητικές επιπτώσεις στη λειτουργία των συστημάτων υγείας και στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών, ιδιαίτερα των πιο ευάλωτων ομάδων. **Σκοπός** της παρούσας έρευνας είναι να προσδιοριστούν οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας και στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού της Κύπρου. **Μεθοδολογία:** Συλλογή, σύνθεση και ανάλυση δευτερογενών δεδομένων σειράς κοινωνικοοικονομικών και επιδημιολογικών δεικτών κατά την περίοδο 2004 – 2014. **Αποτελέσματα:** Όλοι οι κοινωνικοοικονομικοί δείκτες που διερευνήθηκαν παρουσίασαν επιδείνωση. Η ανεργία αυξήθηκε από 3,7% (2008) στο 16,1% (2014) και το ποσοστό των ατόμων που αντιμετωπίζουν κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού από 23,5% (2008) σε 27,4% (2014). Η γενική θνησιμότητα από όλες τις αιτίες παρουσίασε μείωση (6,6 το 2008 σε 6,2/1000 άτομα το 2014), με τον αριθμό των θανάτων από τροχαίες συγκρούσεις να μειώνεται κατά 45,2% και τη θνησιμότητα από αυτοκτονίες να αυξάνει κατά 26,8%, με την αύξηση στον ανδρικό πληθυσμό να ανέρχεται στο 43,7%, την περίοδο 2009 – 2013. Αύξηση παρουσίασαν επίσης οι νέες περιπτώσεις AIDS (50%), φυματίωσης (50%) και η νοσηρότητα από ψυχικές διαταραχές. Η συνολική δαπάνη υγείας μειώθηκε από 6,8% του Α.Ε.Π το 2011, στο 6,4% το 2014. Μείωση παρουσίασε τόσο η δημόσια δαπάνη όσο και η ιδιωτική, με τις άμεσες πληρωμές να παραμένουν σε υψηλό επίπεδο (46% το 2013). Οι επισκέψεις ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία και στα τμήματα επειγόντων των δημόσιων νοσοκομείων μειώθηκαν μετά την επιβολή συμπληρωμών. Οι ανικανοποίητες ανάγκες για την υγεία αυξήθηκαν κατά 1,9% την περίοδο 2008 – 2014, με την αύξηση να είναι μεγαλύτερη στις 2 χαμηλότερες εισοδηματικές ομάδες. Ωστόσο, ένα υψηλό ποσοστό του πληθυσμού (77,7%) εξακολουθεί να προσδιορίζει την υγεία του ως καλή και πολύ καλή. **Συμπεράσματα:** Η κρίση έχει έως τώρα μικτά αποτελέσματα στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού και στο σύστημα υγείας της Κύπρου. Τα αποτελέσματα αυτά, είναι σε συνέχεια με τη διεθνή βιβλιογραφία και αντίστοιχες επιδημιολογικές παρατηρήσεις σχετικά με τις επιπτώσεις της τρέχουσας οικονομικής κρίσης σε άλλες χώρες της Ευρώπης. Οι διαφαινόμενες αρνητικές επιπτώσεις θα μπορούσαν να μετριασθούν με την ενίσχυση του κοινωνικού δικτύου προστασίας και την εφαρμογή πολιτικών υγείας που να στοχεύουν στη διασφάλιση της πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και την οικονομική προστασία των πολιτών.

ABSTRACT

Background: In the recent years, empirical evidence suggests that the economic crisis, depending on the health policy responses to the crisis, might have a negative impact on the functioning of health systems and the health status of populations, particularly among the most vulnerable population groups. **Aim:** The aim of this research is to identify the effects of the economic crisis on the health status of the population and, on the health system of Cyprus. **Methods:** Collection, synthesis and analysis of secondary data series of socioeconomic and epidemiological indicators for the period 2004 – 2014. **Results:** All socioeconomic indicators investigated deteriorated. Unemployment increased from 3.7% (2008) to 16.1% (2014) and also the percentage of people at risk of poverty or social exclusion from 23.5% (2008) to 27.4 (2014). The overall mortality rate from all causes decreased (6.6/1000 in 2008 to 6.2 in 2014), the number of fatalities from road traffic collisions had reduced by 45.2% and suicide mortality to increase by 26.8%, with the increase in the male population rises to 43.7%, in the period 2009 – 2014. An increase has also been recorded in new cases of AIDS (50%), tuberculosis (50%) and morbidity from mental disorders. Total health expenditure decreased from 6.8% of GDP in 2011 to 6.4% in 2014. Both, public and private expenditure reduced, with the out-of-pocket to remain at a high level (46% in 2013). The patients' visits to outpatient and emergency departments of public hospitals decreased after the imposition of co-payments. Unmet needs for health increased by 1.9% in the period 2008 – 2014, with the increase being greater in the 2 lowest income groups. However, a high percentage of the population (77.7%) still determines their health as good and very good. **Conclusions:** The crisis has so far had mixed results on the health system and the population's health in Cyprus. Our results are in line with the relevant literature and similar to epidemiological observations in other European countries, regarding the net effect of the current crisis on the population's health. The already visible negative impact could be mitigated with the strengthening of social safety net and the implementation of health policies that aim at ensuring access to quality health services and financial protection of the citizens.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παγκόσμια οικονομική κρίση του 2007/08 είχε ως αποτέλεσμα σοβαρές οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές επιπτώσεις σε αριθμό χωρών.^[1] Τα υψηλά επίπεδα δημοσίου χρέους και των ελλειμμάτων στους κυβερνητικούς προϋπολογισμούς σε μερικές χώρες της Ευρώπης, μεταξύ των οποίων και η Κύπρος, οδήγησαν σε διασώσεις από διεθνείς πιστωτές (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα, Διεθνές Νομισματικό Ταμείο – γνωστοί ως Τρόικα), υπό όρους, την εφαρμογή αυστηρών δημοσιονομικών μέτρων λιτότητας και εκτεταμένων μεταρρυθμίσεων, συμπεριλαμβανομένου του τομέα της υγείας.^[2]

Ωστόσο, το μέγεθος της κρίσης και ο αντίκτυπός της, ο βαθμός ετοιμότητας και οι απαντήσεις πολιτικής ποικίλουν μεταξύ των χωρών, με διαφορετικές επιλογές όσον αφορά τις περικοπές, αλλά εν πολλοίς, οι τομείς της υγείας, της εκπαίδευσης και της κοινωνικής προστασίας επηρεάστηκαν περισσότερο.^[3] Η Κύπρος, στα πλαίσια των δανειακών της υποχρεώσεων εισήγαγε, μεταξύ άλλων, μέτρα ελέγχου του κόστους και περιορισμού της πρόσβασης στο σύστημα υγείας (επιβολή συμπληρωμών), μείωσε περειαίρω τον καλυπτόμενο πληθυσμό και περιόρισε την δημόσια δαπάνη υγείας.^[4]

Σε αυτό το πλαίσιο, το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και η λειτουργία του συστήματος υγείας πιστεύεται ότι επηρεάζονται άμεσα από την κρίση, καθώς η σχέση αλληλεξάρτησης μεταξύ οικονομικής ανάπτυξης και υγείας έχει ιστορικά τεκμηριωθεί.^[5] Η υψηλή ανεργία, η απώλεια εισοδήματος, η υλική στέρηση και η μειωμένη κυβερνητική δαπάνη για κοινωνική προστασία, ιδιαίτερα οι περικοπές στους προϋπολογισμούς υγείας, είναι ιστορικά συνδεδεμένα με επιδείνωση των εκβάσεων υγείας και ανεπαρκή πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.^[6]

Στη διεθνή βιβλιογραφία οι οικονομικές κρίσεις θεωρούνται ως ένα σοκⁱ για τα συστήματα υγείας, ιδιαίτερα προκλητικό επειδή δημιουργεί πιέσεις σε πολλά μέτωπα, επηρεάζοντας τα νοικοκυριά, τις κυβερνήσεις, τα έσοδα και τις δαπάνες του τομέα της υγείας. Αυτές οι

ⁱ Μη αναμενόμενο συμβάν, εκτός του συστήματος υγείας, το οποίο έχει μεγάλη αρνητική επίδραση στη διαθεσιμότητα των πόρων του συστήματος υγείας ή μεγάλη θετική επίδραση στη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, ή και τα δύο^[7]

πιέσεις, και οι πολιτικές αντιμετώπισής τους, μπορούν να έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία και στην επίδοση των συστημάτων υγείας (health system performance).^[7]

Σε γενικές γραμμές, οι οικονομικές κρίσεις επιδρούν στις εκβάσεις υγείας αυξάνοντας την ανάγκη των πολιτών για φροντίδα υγείας και καθιστώντας την πρόσβαση στην αναγκαία φροντίδα δυσκολότερη.^[7] Η ανεργία, η μείωση του εισοδήματος και το μεγαλύτερο χρέος μειώνουν την οικονομική ασφάλεια και την ασφαλιστική κάλυψη των νοικοκυριών, με αποτέλεσμα αλλαγές στα επίπεδα του άγχους, στις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία και στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας. Η οικονομική ανασφάλεια ακόμη μπορεί να αυξήσει ή να μειώσει την χρήση των δημόσιων υπηρεσιών ή και να προκαλέσει αύξηση του κόστους και βλαπτικά για την υγεία σε βάθος χρόνου αποτελέσματα. Επιπρόσθετα, η μείωση των κυβερνητικών πόρων δημιουργεί δημοσιονομική πίεση στα συστήματα υγείας, η οποία επίσης οδηγεί σε αλλαγές στην πρόσβαση, στην ανταποκρισιμότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, αναδεικνύοντας με αυτό τον τρόπο και την ιδιαίτερη σημασία της βιωσιμότητας των συστημάτων ασφαλιστικής κάλυψης, της κοινωνικής προστασίας και των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας.^[8]

Η πρόσφατη οικονομική κρίση αναζωπύρωσε το ενδιαφέρον των μελετητών, κυρίως της δημόσιας υγείας, για τη διερεύνηση των επιπτώσεων των μακροοικονομικών μεταβολών και των μέτρων αντιμετώπισής τους στον τομέα της υγείας. Στη πλούσια επί του θέματος διεθνή βιβλιογραφία, τα υπάρχοντα δεδομένα που διερευνούν αυτή τη σχέση είναι σε μεγάλο βαθμό αντιφατικά.^[9] Από την μια πλευρά, υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν την υπόθεση ότι οι μακροοικονομικές υφέσεις σχετίζονται με θετικές για την υγεία εκβάσεις, με εξαίρεση τις αυτοκτονίες.^[10,11] Από την άλλη, ένας αυξανόμενος αριθμός μελετών προειδοποιεί ότι η οικονομική κρίση σε συνδυασμό με τα μέτρα λιτότητας θα δημιουργήσουν σοβαρά προβλήματα στη λειτουργία των συστημάτων υγείας και στο επίπεδο υγείας, ιδιαίτερα των πιο αδύναμων κοινωνικών ομάδων.^[12-15]

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να προσδιοριστούν οι επιπτώσεις της τρέχουσας οικονομικής κρίσης στο επίπεδο υγείας και στις υπηρεσίες υγείας της Κύπρου, μετά από συγκριτική μελέτη σειράς δεικτών, προ και μετά την έναρξη της κρίσης. Βασικά ερευνητικά ερωτήματα είναι η διαχρονική μελέτη: (α) των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και στο επίπεδο υγείας (θνησιμότητα, νοσηρότητα) του

πληθυσμού της Κύπρου, (β) της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας της Κύπρου, (γ) της χρήσης των υπηρεσιών υγείας δημόσιου και ιδιωτικού τομέα της Κύπρου, και (δ) των ανισοτήτων (χρηματοδοτικών και πρόσβασης) σε υπηρεσίες υγείας. Όλα τα ερωτήματα αφορούν την χρονική περίοδο 2004 - 2014.

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε είναι αυτή της συλλογής, σύνθεσης και ανάλυσης δευτερογενών δεδομένων που αφορούν σειρά βασικών κοινωνικοοικονομικών και επιδημιολογικών δεικτών κατά την περίοδο 2004 – 2014, όπως αυτή διεξήχθη σε παρόμοιες μελέτες στην Ελλάδα (Kondilis E et al, 2013) και η οποία προσαρμόστηκε στα δεδομένα της Κύπρου.

Στο γενικό μέρος, γίνεται αναφορά στην παγκόσμια και κυπριακή οικονομική κρίση, εξετάζονται τα αίτια και περιγράφονται οι πολιτικές αντιμετώπισής τους. Ακολούθως, διερευνάται η πολύπλοκη σχέση υγείας και οικονομίας και η επίδραση των οικονομικών μεταβολών στο επίπεδο υγείας και στα συστήματα υγείας, με βιβλιογραφική αναφορά σε ιστορικά και σύγχρονα δεδομένα. Η ενότητα ολοκληρώνεται με την περιγραφή της δομής και οργάνωσης του συστήματος υγείας της Κύπρου.

Στο ειδικό μέρος, περιγράφεται η μεθοδολογία της έρευνας, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα τα οποία συζητούνται, ερμηνεύονται και συσχετίζονται με αντίστοιχα ευρήματα άλλων μελετών. Τέλος, διατυπώνονται προτάσεις πολιτικής υγείας για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας στην Κύπρο.

2. ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ, ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΚΑΙ ΜΝΗΜΟΝΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ

Η πρόσφατη παγκόσμια οικονομική κρίση, η οποία ξεκίνησε το Φθινόπωρο του 2007 από τις Η.Π.Α με την κατάρρευση, συγχώνευση ή την κρατικοποίηση χρηματοπιστωτικών οργανισμών μεγάλου μεγέθους και μακράς ιστορίας (Lehman Brothers, Merrill Lynch, Bear Stearns, Fannie Mae, Freddie Mac), μέσω της παγκοσμιοποίησης και της αλληλεξάρτησης των οικονομιών, πολύ γρήγορα επηρέασε αρνητικά και την πραγματική παγκόσμια και ευρωπαϊκή οικονομία, ιδιαίτερα των χωρών με χαμηλή ανταγωνιστικότητα (χώρες Νότιας Ευρώπης).^[16] Στη συνέχεια, η παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση μετατράπηκε σε κρίση δημοσίου χρέους, απέκτησε μια έντονη ευρωπαϊκή διάσταση και έγινε και κρίση του ευρώ. Η Κύπρος λόγω του μικρού της μεγέθους και της ανοικτής της οικονομίας ήταν ιδιαίτερα ευάλωτη σε αυτή την κρίση.^[17] Παρόλο που η κυπριακή οικονομία πριν την εκδήλωση της κρίσης παρουσίαζε αξιοζήλευτα οικονομικά μεγέθη, μια σειρά λαθών και παραλήψεων οδήγησαν την Κύπρο το 2011 στον αποκλεισμό της από τις διεθνείς αγορές, στην αύξηση του δημοσιονομικού ελλείμματος, στην αύξηση της ανεργίας και την οριακή ανάπτυξη. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα τον Ιούνιο του 2012 την υποβολή αίτησης ένταξής της στον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Υποστήριξης και τον Μάρτιο του 2013 την υπογραφή συμφωνίας (Μνημονίου Συναντίληψης - Memorandum of Understanding), σχετικά με το ύψος και τους όρους της οικονομικής βοήθειας, μεταξύ της Κυπριακής Κυβέρνησης του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου, της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας. Το πρόγραμμα έχει σαν βασικούς στόχους την αναδιάρθρωση του τραπεζικού τομέα, την υιοθέτηση αυστηρών προϋπολογισμών και την εφαρμογή σειράς διαρθρωτικών μέτρων.^[4]

2.1 Η Παγκόσμια Οικονομική Κρίση

Η πρόσφατη χρηματοπιστωτική κρίση, η οποία πυροδοτήθηκε το φθινόπωρο του 2007 από την κατάρρευση των ενυπόθηκων δανείων υψηλού κινδύνου (subprime mortgage) στις Η.Π.Α, μετατράπηκε πολύ γρήγορα σε κρίση του παγκόσμιου χρηματοπιστωτικού συστήματος και μεταφέρθηκε στην πραγματική οικονομία με ταχύ ρυθμό,^[18] επιφέροντας την σοβαρότερη παγκόσμια ύφεση μετά την Μεγάλη Ύφεση (Great Depression) της δεκαετίας του 1930.^[19] Η άμεση και συντονισμένη απάντηση των κυβερνήσεων, κεντρικών τραπεζών και άλλων διεθνών οργανισμών με κρατικές εγγυήσεις καταθέσεων, κρατικοποιήσεις

τραπεζών, συμμετοχή σε αυξήσεις κεφαλαίου και εντυπωσιακή παροχή ρευστότητας, απέτρεψε την πλήρη καταστροφή του παγκόσμιου χρηματοπιστωτικού συστήματος.^[20]

Στην Ευρώπη, η κρίση οδήγησε σε πολύ υψηλά δημοσιονομικά ελλείμματα και σε μη βιώσιμα επίπεδα το δημόσιο χρέος, ιδιαίτερα σε ορισμένες χώρες, με αποτέλεσμα την κλιμάκωση του οικονομικού και κοινωνικού κόστους, καθώς και πρωτοφανείς προκλήσεις για την ίδια την Ευρωπαϊκή ολοκλήρωση.^[21] Η κρίση στην Ευρωζώνη δοκιμάζει, μεταξύ άλλων, τη βιωσιμότητα του εγχειρήματος του κοινού νομίσματος αναδεικνύοντας τις χρόνιες θεσμικές αδυναμίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) και το μεγάλο έλλειμμα πολιτικής στην αντιμετώπιση της κρίσης.^[22]

Η κρίση, επίσης, έχει θέσει σε σοβαρή δοκιμασία τη σταθερότητα του διεθνούς χρηματοπιστωτικού συστήματος και έχει αναδείξει σημαντικές αδυναμίες στην αρχιτεκτονική, τη ρύθμιση και την εποπτεία του, καθώς και αισθητά κενά στην πρόληψη, διαχείριση και επίλυση κρίσεων.^[23] Στην Ευρώπη, η χρηματοπιστωτική κρίση και η συνακόλουθη κρίση δημόσιου χρέους ήταν καταλυτικές για την εφαρμογή εκτεταμένων μεταρρυθμίσεων στο σύστημα διακυβέρνησης της οικονομικής και νομισματικής ένωσης.^[24]

Η παγκόσμια οικονομία, το 2009 για πρώτη φορά στη μεταπολεμική περίοδο κατέγραψε αρνητικό ρυθμό ανάπτυξης, καθώς οι περισσότερες προηγμένες οικονομίες εισήλθαν σε βαθιά ύφεση και ο ρυθμός ανόδου του Α.Ε.Π στις αναδυόμενες οικονομίες σημείωσε σημαντική επιβράδυνση. Σύμφωνα με εκτιμήσεις της Παγκόσμιας Τράπεζας, η συνολική παγκόσμια οικονομία συρρικνώθηκε το 2009 κατά 2,1%, ενώ στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α κατά 4,7%.^[24] Όλες οι χώρες της Ευρωζώνης κατέγραψαν αρνητικούς ρυθμούς μεταβολής του Α.Ε.Π, ενώ τη μεγαλύτερη ύφεση παρουσίασαν οι περισσότερο ανοικτές οικονομίες, οι οποίες επλήγησαν ιδιαίτερα από τη ραγδαία πτώση του παγκόσμιου εμπορίου (10,7%) τη χρονιά εκείνη.^[25] Ωστόσο, τις μεγαλύτερες δυσκολίες αντιμετώπισαν οι χώρες με μεγάλες μακροοικονομικές ανισοροπίες και διαρθρωτικές αδυναμίες, οι οποίες μη διαθέτοντας την απαιτούμενη αντοχή και ευελιξία για να αντιμετωπίσουν την κρίση προσέτρεξαν σε εξωτερική οικονομική βοήθεια.

Σε αντίθεση με τις προηγούμενες κρίσεις, αυτή είναι βαθύτερη και ευρύτερη, αντικατοπτρίζοντας την αύξηση της χρηματοπιστωτικής διείσδυσης και της παγκοσμιοποίησης που έλαβαν χώρα τις τελευταίες δεκαετίες.^[26] Η μεγάλη ανάπτυξη των

τραπεζικών και γενικά των χρηματοοικονομικών ιδρυμάτων καθώς και η δραματική αύξηση και πολυπλοκότητα των διαθέσιμων χρηματοοικονομικών μέσων ήταν από τους βασικούς παράγοντες που συνέβαλαν ώστε το μέγεθος της πρόσφατης κρίσης να είναι μεγαλύτερο από κάθε προηγούμενο, τόσο σε απώλεια εθνικού προϊόντος όσο και σε δημοσιονομικό κόστος.^[23] Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι μόνο στις Η.Π.Α κάποιες εκτιμήσεις ανεβάζουν το κόστος διάσωσης του χρηματοπιστωτικού τομέα στα 3 έως 13 τρισεκατομμύρια δολάρια, ενώ κάποιες άλλες στα 4,6 τρισεκατομμύρια δολάρια.^[21] Ως εκ τούτου, η κρίση αποτελεί πρόκληση για τους οικονομολόγους, τους πολιτικούς, τους διαμορφωτές πολιτικής και την κοινωνία των πολιτών να κατανοούν και να αποτρέπουν τέτοιας τεράστιας αξίας καταστροφή των χρηματοοικονομικών περιουσιακών στοιχείων με αρνητικές συνέπειες για την ευρύτερη οικονομία, την κατανομή του εισοδήματος και την κοινωνική συνοχή και σταθερότητα.

2.1.1 Τα αίτια της κρίσης

Υπάρχει γενική σήμερα ομολογία μεταξύ των ειδικών ότι η πρόσφατη παγκόσμια οικονομική κρίση δεν προκλήθηκε από μία μόνο αιτία αλλά από συνδυασμό πολλών και ποικίλων παραγόντων (ρυθμιστικοί, εποπτικοί, χρηματοοικονομικοί, πολιτικοί και ψυχολογικοί), οι οποίοι επέδρασαν διαχρονικά και σωρευτικά.^[18, 27-29]

Η πλέον συνήθης αναφορά για τα αίτια της κρίσης επικεντρώνεται στην αμερικανική αγορά στεγαστικών δανείων προς δανειολήπτες μειωμένης πιστοληπτικής ικανότητας, αν και πολλοί υποστηρίζουν ότι η κατάρρευση των τιμών στην στεγαστική αγορά είναι το σύμπτωμα ενός βαθύτερου προβλήματος που έχει τις ρίζες του σε θεμελιώδεις αδυναμίες του παγκόσμιου χρηματοπιστωτικού συστήματος. Η κατάρρευση της φούσκας των ακινήτων, η οποία τροφοδοτήθηκε από τα χαμηλά επιτόκια επί μακρόν, τον εύκολο και διαθέσιμο δανεισμό, την ανεπαρκή ρύθμιση και τα τοξικά στεγαστικά δάνεια, πυροδότησε μια σειρά γεγονότων που οδήγησε σε εκτεταμένη κρίση στις Η.Π.Α το φθινόπωρο του 2008.^[30] Τρισεκατομμύρια δολάρια σε ενυπόθηκα δάνεια υψηλού κινδύνου είχαν ενσωματωθεί σε όλο το χρηματοπιστωτικό σύστημα, καθώς τα ενυπόθηκα χρεόγραφα (mortgage – related securities) «συσκευαστήκαν, επανασυσκευαστήκαν» και πωλήθηκαν σε επενδυτές ανά το παγκόσμιο ως επισφαλή παράγωγα (τοξικά ομόλογα). Όταν η φούσκα έσκασε, οι κάτοχοι τέτοιων τίτλων τους ρευστοποίησαν όσο – όσο, με αποτέλεσμα οι απώλειες να εξαντλήσουν γρήγορα τα

αποθεματικά κεφάλαια των ανεπαρκώς κεφαλαιοποιημένων χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων, παρασύροντας σε κατάρρευση τις τράπεζες που εξέδωσαν τέτοιους τίτλους.^[31]

2.1.1.1 Μακροοικονομικά αίτια

Τα γενεσιουργά αίτια της κρίσης ανάγονται τόσο σε μακροοικονομικά όσο και σε μικροοικονομικά λάθη πολιτικής.^[32] Σε μακροοικονομικό επίπεδο, οι παγκόσμιες ανισορροπίες επί σειρά ετών (υψηλά ελλείμματα τρεχουσών συναλλαγών των Η.Π.Α και υψηλά πλεονάσματα των ασιατικών χωρών, ιδιαίτερα της Κίνας) οδήγησαν σε άφθονη ρευστότητα στις παγκόσμιες και δη στις αμερικανικές χρηματοπιστωτικές αγορές και σε χαμηλά επιτόκια, λόγω και της πολιτικής της Ομοσπονδιακής Τράπεζας των Η.Π.Α (Federal Reserve - Fed). Αυτά είχαν σαν αποτέλεσμα τη διευκόλυνση υψηλών επιπέδων μόχλευσης, την υπερβολική εξάρτηση από μη διατηρήσιμη βραχυπρόθεσμη χρηματοδότηση και τη πλημμελή διαχείριση των κινδύνων.^[33]

Κομβικός επίσης παράγοντας θεωρείται η ιδεολογική κυριαρχία των νεοκλασικών αντιλήψεων για τη λειτουργία της οικονομίας και της αγοράς που επικράτησε τις τελευταίες δεκαετίες στη διεθνή πολιτική, επιστημονική και οικονομική ζωή, σύμφωνα με την οποία οι ελεύθερες αυτορρυθμιζόμενες αγορές είναι αποτελεσματικές, με το «αόρατο χέρι» του Adam Smith να κάνει πάντα σωστά τη δουλειά του και οι πολίτες ορθολογικοί στην οικονομική συμπεριφορά τους.^[27] Ο Crotty,^[34] σε μια ανάλυση για τα βαθύτερα αίτια της κρίσης, αναφέρει ότι η θεωρία της αποτελεσματικής αγοράς αντικατέστησε τα θεωρητικά οράματα των Keynes και Minsky και κατήργησε το υφιστάμενο, αυστηρά ρυθμιζόμενο χρηματοπιστωτικό σύστημα. Οι εξελίξεις αυτές, υποβοηθούμενες από την δομική κρίση στασιμοπληθωρισμού την δεκαετία του 1970, διευκόλυναν τη μετάβαση στον νέο παγκόσμιο και απορρυθμισμένο νεοφιλελεύθερο καπιταλισμό, ο οποίος ενδυνάμωσε την διαδικασία απορρύθμισης του χρηματοπιστωτικού συστήματος, και οδήγησε στη δημιουργία της Νέας Χρηματοπιστωτικής Αρχιτεκτονικής (New Financial Architecture – NFA).^[20] Η NFA βασίστηκε στη χαλαρή ρύθμιση των εμπορικών και επενδυτικών τραπεζών και στην ανύπαρκτη σχεδόν ρύθμιση του «σκιώδους τραπεζικού συστήματος» (ιδιωτικά επενδυτικά κεφάλαια, hedge funds, Special Investment Vehicles), ενώ η προώθηση καινοτομιών και η αναζήτηση υψηλών αποδόσεων εκ μέρους των επενδυτών οδήγησαν στη δημιουργία

πολύπλοκων χρηματοδοτικών μέσων (collateralized debt-obligations, credit-default swaps, mortgage-backed securities) όπου η κατανομή του πιστωτικού κινδύνου ήταν δυσδιάκριτη.^[20]

Ο Navarro (2012), εστιάζοντας στην κρίση των χωρών της περιφέρειας της Ευρωζώνης (Ισπανία, Ελλάδα, Πορτογαλία, Ιρλανδία), υποστηρίζει ότι οι νεοφιλελεύθερες πολιτικές που εφαρμόστηκαν σε αυτές, ιδιαίτερα τα τελευταία 15 χρόνια, οδήγησαν σε μείωση των κρατικών εσόδων (λόγω μείωσης των φόρων) με αποτέλεσμα τη δημιουργία διαρθρωτικών δημοσίων ελλειμμάτων.^[35] Επιπροσθέτως, λόγω των εφαρμοζόμενων πολιτικών, επιταχύνθηκε η συγκέντρωση εισοδήματος στα υψηλά εισοδηματικά κλιμάκια και μειώθηκε στην εργατική τάξη, μειώνοντας έτσι την αγοραστική της δύναμη. Αυτό, σε συνδυασμό με τον εύκολο δανεισμό, βάζοντας τα σπίτια ως εγγύηση, την έσπρωξε στο χρέος προκειμένου να διατηρήσει το βιοτικό της επίπεδο. Η μείωση του εισοδήματος της εργασίας δημιούργησε μείζον πρόβλημα στη ζήτηση και περιορισμένη κερδοφορία στη παραγωγική οικονομία, με στροφή των επενδύσεων σε τομείς με υψηλότερες αποδόσεις, ιδιαίτερα στον τομέα των ακινήτων, ο οποίος λόγω της απορρύθμισης του τραπεζικού τομέα και εν μέρει των νόμων της Ευρωζώνης, κατέληξε σε φούσκα αλλά και σε τεράστιο ιδιωτικό χρέος, ιδιαίτερα στην Ισπανία.^[35]

Σημαντικό μερίδιο ευθύνης λόγω λαθών πολιτικής, όπως υποστηρίζουν πολλοί αναλυτές, φέρουν και οι εποπτικές αρχές των Ηνωμένων Πολιτειών (Fed και Επιτροπή Κεφαλαιαγοράς), οι οποίες ασπαζόμενες και αυτές την υπόθεση της αποτελεσματικής αγοράς, επέτρεψαν την απορρύθμιση, δηλαδή την αλλαγή στο θεσμικό πλαίσιο με σταδιακή κατάργηση ή χαλάρωση πολλών κανόνων και ρυθμίσεων που αφορούσαν τη λειτουργία του χρηματοοικονομικού τομέα (Glass-Steagall Act, Bretton Woods System)ⁱⁱ και είχαν επιβληθεί από την εμπειρία της κρίσης της δεκαετίας του 1930.^[18,34,36] Υπάρχουν ωστόσο και διαφορετικές απόψεις που υποστηρίζουν τις αγορές και τη χρησιμότητα της απορρύθμισης,

ⁱⁱ Το σύστημα του Bretton Woods καθιέρωσε σταθερές συναλλαγματικές ισοτιμίες σε αναφορά προς το δολάριο, οι οποίες μπορούσαν να τροποποιηθούν μόνον σε περίπτωση σοβαρών εσωτερικών οικονομικών ανισορροπιών. Το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο ιδρύθηκε για να εγγυηθεί τη σταθερότητα του συστήματος και να χρηματοδοτεί βραχυπρόθεσμες ανάγκες σε περίπτωση ελλειμμάτων. Η εγκατάλειψη του συστήματος δείχνει τη μετάβαση από την πολιτική στην αγοραία ρύθμιση των διεθνών χρηματιστηριακών σχέσεων. Ο νόμος Glass-Steagall Act (1933) ξεχώριζε την λειτουργία των τραπεζών σε εμπορικές και επενδυτικές, δίνοντας την δυνατότητα στις ίδιες τις τράπεζες να επιλέξουν σε ποια κατηγορία επιθυμούσαν να υπαχθούν. Καταργήθηκε το 1999 επί προεδρίας του Bill Clinton και αντικατεστάθη από τον νόμο Gramm-Leach-Bliley ο οποίος κατήργησε τις διαφορές μεταξύ εμπορικών και κτηματικών τραπεζών, ασφαλιστικών και χρηματιστηριακών εταιρειών.^[36,48]

επιρρίπτοντας τις ευθύνες στις κρατικές παρεμβάσεις,^[18] καθώς και ότι η χρηματοπιστωτική απορρύθμιση των τελευταίων 30 χρόνων δεν έχει καμία σχέση με την οικονομική κρίση.^[37]

2.1.1.2 Μικροοικονομικά αίτια

Όσον αφορά τους μικροοικονομικούς παράγοντες, οι χρηματοοικονομικές καινοτομίες (financial innovations) και τα διάφορα χρηματοδοτικά μέσα που δημιουργήθηκαν από αυτές, οδήγησαν τις χρηματοπιστωτικές αγορές στην ανάληψη υψηλών κινδύνων χωρίς τη δέουσα προσοχή για τη στάθμιση ή και αντιστάθμιση των κινδύνων αυτών.^[38] Η ευρέως χρησιμοποιούμενη μέθοδος της τιτλοποίησης (securitization) και ιδιαίτερα το μοντέλο originate-to-distribute, η μετατροπή δηλαδή δανείων σε εμπορεύσιμα προϊόντα μεταξύ των επενδυτών, έδινε κίνητρο στις τράπεζες να ομαδοποιούν και να τιτλοποιούν δάνεια τα οποία πωλούσαν στους επενδυτές, μέσω των «επενδυτικών οχημάτων», στη δευτερογενή αγορά ως εταιρικά ομόλογα, μετατοπίζοντας έτσι τον πιστωτικό κίνδυνο.^[39] Τα ομόλογα αυτά, τα οποία είχαν σαν αντίκρισμα τα τιτλοποιημένα επισφαλή δάνεια, βαθμολογούνταν αδικαιολόγητα υψηλά (triple A) από τις εταιρείες αξιολόγησης, οι οποίες πληρώνονταν από τις τράπεζες που τα δημιούργησαν.^[40,41] Με την πάροδο του χρόνου συσσωρεύτηκε στους διαμεσολαβητικούς οργανισμούς υπερβολικός πιστωτικός κίνδυνος και ρευστότητα, η οποία προκάλεσε περαιτέρω επέκταση του δανεισμού. Κατά την περίοδο 2004 – 2006, σχεδόν το 80% όλων των ενυπόθηκων δανείων είχε τιτλοποιηθεί, με αποτέλεσμα τα ενυπόθηκα χρεόγραφα από αυτά (mortgage backed securities) να καταλήξουν στα χαρτοφυλάκια μεγάλων χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων ανά το παγκόσμιο.^[42] Παράλληλα, η ταχεία ανάπτυξη της αγοράς παραγώγων, ιδιαίτερα των έξω –χρηματιστηριακών (Over-the-counter, όπως τα Credit Default Swaps), συνέβαλε στην αδιαφάνεια και στην αβέβαιη διασπορά των κινδύνων των χρηματοπιστωτικών μέσων.^[33]

Σημαντική ακόμη αιτιακή συνιστώσα της κρίσης υποστηρίζεται ότι αποτέλεσε η υψηλή μόχλευση, δηλαδή λιγιστά ίδια κεφάλαια και υψηλός δανεισμός σε σχέση με το ενεργητικό ενός χρηματοπιστωτικού οργανισμού.^[18] Ο υψηλός βαθμός μόχλευσης, ο οποίος ήταν κυρίως αποτέλεσμα των χαμηλών πραγματικών επιτοκίων, περιόρισε την ικανότητα των δανειοληπτών και του χρηματοπιστωτικού συστήματος να απορροφά ακόμη και μικρά σοκ και οδήγησε σε γρήγορη διάβρωση των κεφαλαιακών αποθεμάτων, σε ταχεία μείωση της εμπιστοσύνης και σε κλιμάκωση του κινδύνου του αντισυμβαλλόμενου (συστημικός

κίνδυνος) στο πρώιμο στάδιο της κρίσης, και εν τέλει, σε κρίση ρευστότητας με παγκόσμιες προεκτάσεις.^[43]

2.1.2 Η απάντηση στην κρίση

Η απάντηση στην παγκόσμια οικονομική κρίση του 2007-2009, ιδιαίτερα στις προηγμένες οικονομίες, στηρίχτηκε σε μεγάλο βαθμό στη χρήση νομισματικών και δημοσιονομικών πολιτικών, με άμεση εφαρμογή τονωτικών μέτρων. Ειδικότερα, αναγνωρίστηκε ευρέως, ο ρόλος των αντι-κυκλικών μακροοικονομικών πολιτικών στη στήριξη της οικονομίας και της απασχόληση, οι οποίες αποτέλεσαν τη βάση και το έναυσμα για την ανάκαμψη.^[44] Ωστόσο, παρά την επιτυχή αντιμετώπιση πολλών συνεπειών - συμπτωμάτων της κρίσης, οι απαντήσεις ήταν λιγότερο επιτυχείς στην αντιμετώπιση των βαθύτερων αιτιών της, ιδίως των εισοδηματικών ανισορροπιών – τόσο στο εσωτερικό των χωρών όσο και μεταξύ τους – και του δυσλειτουργικού χρηματοπιστωτικού συστήματος. Το αποτέλεσμα ήταν η μεγάλη αύξηση του δημόσιου χρέους σε κάποιες προηγμένες οικονομίες, η υιοθέτηση μέτρων λιτότητας και οι συναφείς κίνδυνοι κοινωνικής αναταραχής.^[45]

Σε σύγκριση με τις κρίσεις του παρελθόντος στις αναδυόμενες αγορές, οι προηγμένες οικονομίες χρησιμοποίησαν ένα πολύ ευρύτερο φάσμα μέτρων πολιτικής, όπως συμβατικές (μειώσεις επιτοκίων) και μη συμβατικές (παροχή ρευστότητας και αγορά περιουσιακών στοιχείων – ποσοτική χαλάρωση) νομισματικές πολιτικές, διασώσεις (bailouts) κάποιων τραπεζών και χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων, καθώς και σημαντικά πακέτα δημοσιονομικών κινήτρων.^[46] Οι πολιτικές αυτές συνδυάστηκαν με σημαντικές κυβερνητικές εγγυήσεις καταθέσεων και άφθονη παροχή ρευστότητας προς τις τράπεζες, χωρίς ωστόσο να ενισχύσουν το ρυθμιστικό ή παρεμβατικό ρόλο του κράτους στην οικονομία. Η ενίσχυση της ρευστότητας ήταν ιδιαίτερα μεγάλη στη ζώνη του ευρώ, υποδηλώνοντας το σημαντικό ρόλο του Ευρωσυστήματος στη διαχείριση της κρίσης, αντισταθμίζοντας εν μέρει την απουσία μιας κοινής δημοσιονομικής αρχής.^[43]

Στην Ευρώπη, παρά το γεγονός ότι ο συστημικός χαρακτήρας της κρίσης και οι διαστάσεις που μπορούσε να λάβει δεν έγιναν αντιληπτοί εξαρχής, η Ε.Ε σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα, έκανε πολλά και σημαντικά βήματα για να διορθώσει εγγενείς αδυναμίες της αρχιτεκτονικής της Ευρωζώνης, κινούμενη προς την κατεύθυνση της περαιτέρω ενίσχυσης της δημοσιονομικής πειθαρχίας.^[47] Ωστόσο, υπήρξε μια σχετική βραδύτητα στη λήψη

αποφάσεων και έλλειψη έγκαιρης δράσης για την αντιμετώπιση των βαθύτερων αιτιών της κρίσης. Για παράδειγμα, δεν αντιμετωπίστηκε, η σημαντικότερη ίσως, εγγενής δομική αδυναμία της ΟΝΕ, που είναι η απουσία μηχανισμών οικονομικής ενοποίησης, που να επιτρέπουν αποτελεσματική αναδιανομή των πλεονασμάτων και άλλων διαρθρωτικών μέσων παρεμβατικής πολιτικής.^[48] Στα πρώτα στάδια της κρίσης, οι παρεμβάσεις πολιτικής ήταν κυρίως αντιδράσεις στις εξελίξεις, και όχι αντιδράσεις πρόληψης των εξελίξεων, ενώ η έκταση των παρεμβάσεων διέφερε τόσο μεταξύ των χωρών όσο και διαχρονικά.^[49] Για να αποτρέψουν την εκδήλωση σοβαρών διαταραχών στο τραπεζικό τους σύστημα, ορισμένα κράτη μέλη της Ε.Ε προσέφυγαν στη διάσωση των τραπεζών τους χορηγώντας τους έκτακτη οικονομική ενίσχυση σε πρωτοφανή κλίμακα. Το διάστημα 2008 - 2011, διοχετεύθηκε στο τραπεζικό σύστημα ποσό ύψους 1,6 τρισεκατομμύρια ευρώ, που αντιστοιχεί στο 13% του ετήσιου Α.Ε.Π της Ε.Ε, υπό μορφή εγγυήσεων ή άμεσων κεφαλαίων.^[50] Με αυτόν τον τρόπο, τα ιδιωτικά, τραπεζικά κυρίως χρέη, μετατράπηκαν σε δημόσια, τα οποία σε συνδυασμό με τη μείωση των φορολογικών εσόδων λόγω της συρρίκνωσης της οικονομικής δραστηριότητας, μετέτρεψαν την πιστωτική κρίση σε δημοσιονομική. Η τελευταία, με τη σειρά της, οδήγησε στην εφαρμογή σκληρών πολιτικών δημοσιονομικής λιτότητας (μειώσεις κοινωνικών δαπανών, μισθών και συντάξεων) και ορισμένες χώρες (Ελλάδα, Ιρλανδία, Πορτογαλία, Κύπρο) σε προγράμματα διεθνούς οικονομικής στήριξης, με όρους κυρίως, για διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις και αυστηρούς προϋπολογισμούς. Ωστόσο, τα μέχρι τώρα αποτελέσματα αυτών των πολιτικών, οδήγησαν είτε σε παρατεταμένη ύφεση είτε σε αναιμική ανάπτυξη.^[48]

Προς αντιμετώπιση μιας σειράς προκλήσεων, όπως η δημοσιονομική εξυγίανση, η τόνωση της οικονομικής δραστηριότητας, η σταθεροποίηση του τραπεζικού τομέα, η ανταγωνιστικότητα και η δημογραφική αλλαγή, η Ε.Ε το 2010, θέσπισε ένα ετήσιο κύκλο συντονισμού και εποπτείας της οικονομικής πολιτικής (διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων, δημοσιονομικής πολιτικής και μακροοικονομικής) με τη συμμετοχή των ευρωπαϊκών θεσμικών οργάνων, των κυβερνήσεων και των εθνικών κοινοβουλίων των 28 κρατών μελών, γνωστό ως «ευρωπαϊκό εξάμηνο», στα πλαίσια της στρατηγικής «Ευρώπη 2020».^[51] Για παροχή βοήθειας (δανειοδότηση υπό όρους) σε χώρες με πιστοληπτικά προβλήματα, δημιουργήθηκαν Μηχανισμοί Χρηματοδότησης. Αρχικά (2010), συστάθηκαν δύο προσωρινά ταμεία, ο Ευρωπαϊκός Μηχανισμός Χρηματοοικονομικής Σταθεροποίησης (European Financial Stability Mechanism - EFSM) και το Ευρωπαϊκό Ταμείο Χρηματοοικονομικής

Σταθερότητας (European Financial Stability Facility - EFSF), τα οποία στη συνέχεια (2012) αντικαταστάθηκαν με μόνιμο μηχανισμό, τον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Σταθερότητας (European Stability Mechanism – ESM), με δανειοδοτική ικανότητα 500 δισεκατομμυρίων ευρώ. Οι μηχανισμοί αυτοί χρηματοδότησαν τα προγράμματα προσαρμογής της Ισπανίας, της Ιρλανδίας, της Πορτογαλίας, της Ελλάδας και της Κύπρου.^[47] Περαιτέρω, προς αποφυγή δημιουργίας υπερβολικών ελλειμμάτων και δημόσιων χρεών, το Σύμφωνο Σταθερότητας και Ανάπτυξης, ως το κυριότερο εργαλείο της ΕΕ για την εγγύηση της οικονομικής σταθερότητας και της δημοσιονομικής πειθαρχίας, ενισχύθηκε με δύο δέσμες νομοθετικών μέτρων (εξάπτυχο - six pack και δίπτυχο – two pack) που αποβλέπουν στην ενίσχυση της οικονομικής διαχείρισης στην ΕΕ και με τη Συνθήκη για τη σταθερότητα, τον συντονισμό και τη διακυβέρνηση στην ΟΝΕ (δημοσιονομικό σύμφωνο).^[51,52]

Καθοριστική υπήρξε και η συμβολή της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας (ΕΚΤ), ως ανεξάρτητης αρχής αρμόδια για τη νομισματική πολιτική της Ευρωζώνης, στην αντιμετώπιση της κρίσης. Μεταξύ άλλων, η ΕΚΤ αρχικά αύξησε και στη συνέχεια μείωσε τα επιτόκια και την παροχή χρήματος.^[53] Επιπλέον, λόγω των παρατεινόμενων αδυναμιών και στασιμότητας των ευρωπαϊκών οικονομιών, από τα τέλη του 2014 εφαρμόζει προγράμματα ενίσχυσης της ρευστότητας στην πραγματική οικονομία και από τον Ιανουάριο 2015, μέτρα ευρείας ποσοτικής χαλάρωσης με εξαγγελία αγοράς κρατικών ομολόγων των κρατών μελών της Ευρωζώνης, με αποτέλεσμα τη μείωση του κόστους δανεισμού των κρατών μελών και την εκτίμηση ότι θα συμβάλει στην τόνωση της ανάπτυξης και την αντιμετώπιση του αποπληθωρισμού.^[47] Ωστόσο, οι νομισματικές αποφάσεις της ΕΚΤ με βάση τη Μονεταριστική οικονομική θεωρία, προκάλεσαν ανάμικτες αντιδράσεις στην Ευρωζώνη και πυροδότησαν μια ευρείας κλίμακας δημόσια συζήτηση - αντιπαράθεση σχετικά με τη σημασία της σταθερότητας των τιμών, της λιτότητας και των ελλειμματικών δαπανών.^[53]

Το επιχείρημα των υποστηρικτών της δημοσιονομικής λιτότηταςⁱⁱⁱ στηρίζεται στην υπόθεση ότι η επιταχυνόμενη μείωση των δημοσίων ελλειμμάτων είναι απαραίτητη για την αποφυγή δημοσιονομικής κρίσης και την ανάκτηση και διατήρηση της αξιοπιστίας των κυβερνήσεων, ιδιαίτερα αυτών με υψηλά δημοσιονομικά ελλείμματα και υψηλό δημόσιο χρέος. Η άσκηση

ⁱⁱⁱ Η δημοσιονομική λιτότητα αφορά μέτρα πολιτικής, ενώ η δημοσιονομική προσαρμογή είναι ο στόχος της ασκούμενης δημοσιονομικής πολιτικής, ο οποίος μπορεί να επιτευχθεί ή όχι μέσω της δημοσιονομικής λιτότητας.^[54]

επεκτατικής πολιτικής προϋποθέτει την ύπαρξη κατάλληλων περιθωρίων δημοσιονομικής ευελιξίας (υψηλά δημοσιονομικά πλεονάσματα και ανύπαρκτο δημόσιο χρέος) που να διασφαλίζουν τη μακροχρόνια βιωσιμότητα των δημοσίων οικονομικών.^[38] Από την άλλη, οι επικριτές της λιτότητας, θεωρούν ότι αυτή είναι αποτέλεσμα λανθασμένης διάγνωσης, ότι δηλαδή, η κρίση είναι απλά και μόνο δημοσιονομική, που προέκυψε από τις ανεύθυνες δημοσιονομικές πολιτικές κάποιων κρατών, και υποστηρίζουν ότι η μείωση του δημόσιου ελλείμματος μέσω της άσκησης βίαιης δημοσιονομικής λιτότητας σε περίοδο ύφεσης και ανεργίας είναι στρεβλή πολιτική που δεν οδηγεί σε οικονομική ανάκαμψη και μεγέθυνση αλλά σε επίταση της ύφεσης, αποπληθωρισμό, έλλειψη φερεγγυότητας, αστάθεια στο χρηματοπιστωτικό σύστημα, αύξηση της ανεργίας και των ανισοτήτων.^[54,55,56] Επίσης, μελέτες στον τομέα της υγείας έχουν αναδείξει τις αρνητικές επιπτώσεις στα συστήματα υγείας και στο επίπεδο υγείας των πολιτών από τις πολιτικές λιτότητας.^[14,15] Αντίθετα, σε μια τέτοια κατάσταση για να καταπολεμηθεί η ύφεση και να επέλθει ανάπτυξη, πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στην πραγματική οικονομία, δηλαδή στην παραγωγή, στις άμεσες επενδύσεις και συνεπώς στην απασχόληση.^[57]

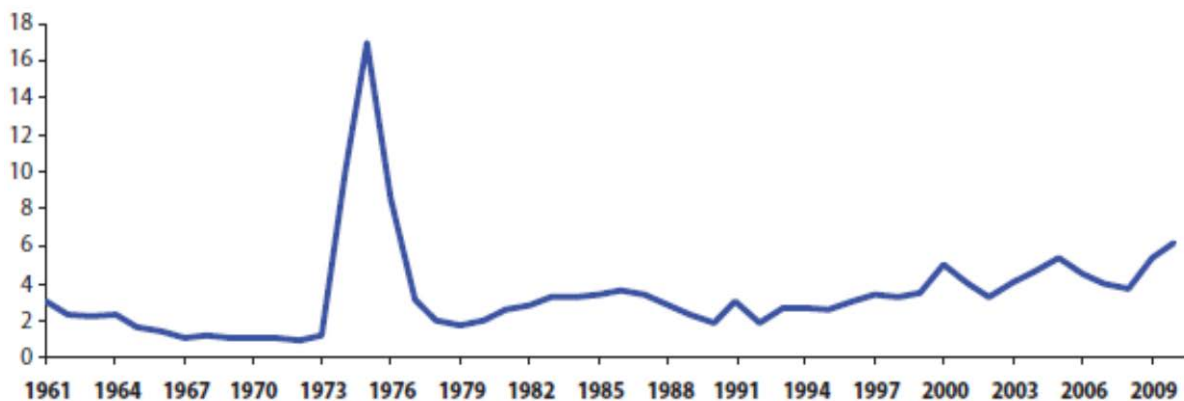
Στο σύνολο τους, τα μέτρα για την αντιμετώπιση της κρίσης, τόσο σε ευρωπαϊκό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο, μετρίασαν την αναταραχή στις χρηματοπιστωτικές αγορές, περιόρισαν την κρίση και απέτρεψαν μια ακόμη μεγαλύτερη συρρίκνωση της οικονομικής δραστηριότητας. Ωστόσο, αποθάρρυναν επίσης μια πιο ενεργή χρηματοοικονομική αναδιάρθρωση. Το καθαρό αποτέλεσμα (net result) φαίνεται να είναι ότι ένα μεγάλο μέρος του κόστους της κρίσης μεταφέρθηκε στο μέλλον, με τη μορφή υψηλότερου δημόσιου χρέους και ενδεχομένως μιας αναιμικής οικονομικής ανάκαμψης που απορρέει από την εναπομένουσα αβεβαιότητα σχετικά με την υγεία των τραπεζών και το συνεχιζόμενο υψηλό χρέος του ιδιωτικού τομέα.^[21] Συνεπώς, ο συντονισμός σε διεθνές επίπεδο και η υιοθέτηση του κατάλληλου μείγματος νομισματικής και δημοσιονομικής πολιτικής, εστιάζοντας στην υλοποίηση των απαραίτητων διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων και στην παροχή στοχευμένων κοινωνικών δαπανών, ενδεχομένως να αποτελούν τα καταλληλότερα μέτρα για έξοδο από την κρίση.^[38] Ιδιαίτερα χώρες που χαρακτηρίζονται από βραδύτητα στην υλοποίηση κάποιων μεταρρυθμίσεων, όπως η Κύπρος, θα πρέπει, μαθαίνοντας από τα λάθη των άλλων χωρών, να αναζητήσουν τη βέλτιστη ισορροπία μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα.

2.2 Κυπριακή Οικονομία και Μνημόνιο Οικονομικής Προσαρμογής

2.2.1 Η προ την κρίση οικονομία της Κύπρου

Από την ανεξαρτησία της Κυπριακής Δημοκρατίας το 1960 έως και το 2009, η οικονομία της πέτυχε αξιοζήλευτη πρόοδο. Η παραδοσιακή αγροτική οικονομία της υποανάπτυκτης Κύπρου στις αρχές του 1960, μετατράπηκε σταδιακά σε μια οικονομία με υψηλό βιοτικό επίπεδο και ένα ισχυρό χρηματοπιστωτικό τομέα, με επιστέγασμα την ένταξη της χώρας στην Ευρωπαϊκή Ένωση (2004) και στη Ευρωζώνη (2008). Η γρήγορη αξιοσημείωτη ανάκαμψή της από τις καταστροφικές συνέπειες της τουρκικής εισβολής και κατοχής έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον της διεθνούς επιστημονικής κοινότητας και περιγράφηκε ως το κυπριακό οικονομικό θαύμα.^[58]

Η οικονομική πολιτική για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων της τουρκικής εισβολής, δεδομένης της υψηλής ανεργίας που επικρατούσε (διάγραμμα 2.1), στηρίχθηκε σε μια επεκτατική δημοσιονομική και νομισματική πολιτική καθώς και στην στρατηγική προώθησης πολιτικών εντάσεων εργασίας.^[58] Τα μέτρα περιλάμβαναν μεταξύ άλλων, φορολογικά κίνητρα για τον ιδιωτικό τομέα για απορρόφηση των ανέργων, μειώσεις μισθών για να καταστούν οι εξαγωγές πιο ανταγωνιστικές και να ενθαρρυνθούν οι ιδιώτες να προσλάβουν προσωπικό, σημαντικά αυξημένες δαπάνες για την κατασκευή μεγάλων έργων, δάνεια προς το γεωργικό τομέα και υψηλές δαπάνες για την κατασκευή προσφυγικών καταυλισμών.



Διάγραμμα 2.1: Ανεργία, (%) εργατικού δυναμικού

Πηγή: Syrichas, Markidou, Louca. Central Bank of Cyprus, 2012.^[58]

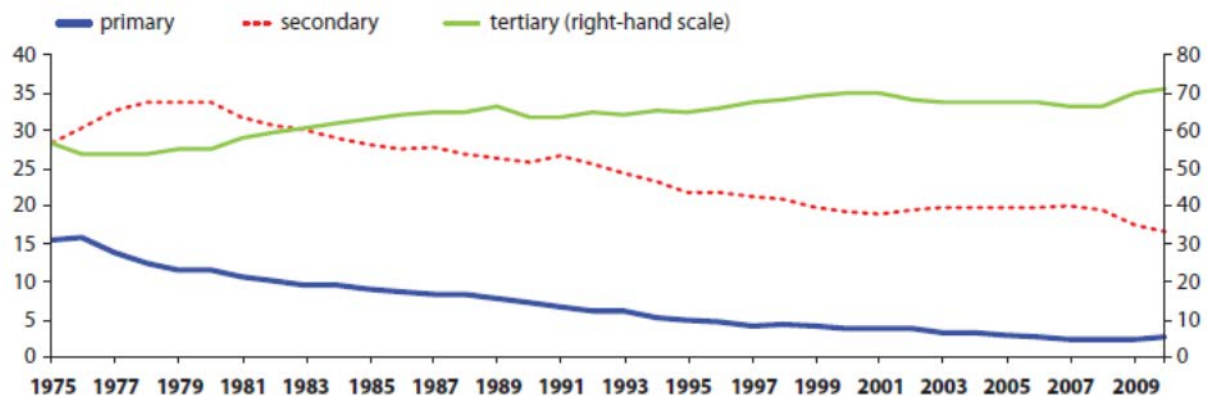
Ως αποτέλεσμα των προσπαθειών για ανοικοδόμηση της οικονομίας, ο ιδιωτικός τομέας αναπτύχθηκε γρήγορα αλλά και γενικότερα η επαναδραστηριοποίηση ήταν ραγδαία και εντυπωσιακή. Η επικερδής απασχόληση σημείωσε επίσης σημαντική αύξηση, με αποτέλεσμα το 1977, να επιτευχθούν συνθήκες πλήρους απασχόλησης. Σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της ανεργίας έπαιξε και το γεγονός ότι το 7,3% του οικονομικά ενεργού πληθυσμού (14,700), κατά το ίδιο έτος, εργαζόταν στο εξωτερικό.^[58]

Η κυπριακή οικονομία, από τα τέλη της δεκαετίας του 1970, μετατρέπεται σε μεταποιητική εξάγοντας κυρίως ενδύματα και υποδήματα. Κατά τη δεκαετία του 1980, η δομή της οικονομικής ανάπτυξης διαφοροποιείται, με τον τουρισμό να σημειώνει υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης και να αναλαμβάνει πρωταγωνιστικό ρόλο στην οικονομία.^[59] Αξιόλογη άνοδο κατέγραψαν επίσης και οι κλάδοι της ναυτιλίας, της ηλεκτρικής ενέργειας και των τηλεπικοινωνιών. Κατά την ίδια περίοδο παρατηρήθηκαν όμως και υψηλά δημοσιονομικά ελλείμματα καθώς και μειωμένη ανταγωνιστικότητα του μεταποιητικού τομέα.

Κατά τις δεκαετίες 1980 και 1990 η Κύπρος, αξιοποιώντας το καθεστώς “offshore”, εξελίχθηκε σε ένα διεθνές χρηματοπιστωτικό κέντρο. Τα φορολογικά πλεονεκτήματα για τις επιχειρήσεις σε συνδυασμό με την σύναψη πολλών διμερών διακρατικών συμφωνιών αποφυγής διπλής φορολογίας, προσέλκυσαν στην χώρα άνω των 230.000 εταιρειών, συνοδευόμενων από ξένες επενδύσεις και κεφάλαια.^[60] Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία μιας τοπικής βιομηχανίας μεγάλων διεθνών δικηγορικών, ασφαλιστικών, λογιστικών, ναυτιλιακών κ.α. γραφείων καθώς και ενός μεγάλου τοπικού τραπεζικού συστήματος. Χαρακτηριστικό της δεκαετίας του 1990 ήταν οι διακυμάνσεις του ρυθμού ανάπτυξης της οικονομίας λόγω κάποιων πολιτικών και οικονομικών γεγονότων εντός και εκτός της Κύπρου. Αυτά ήταν ο πόλεμος στον Περσικό Κόλπο, η κρίση στον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Συναλλαγματικών Ισοτιμιών και η κρίση στο Χρηματιστήριο Αξιών της Κύπρου, τα οποία επηρέασαν την πορεία της κυπριακής οικονομίας.^[61]

Κατά τα τελευταία χρόνια, εκείνο που χαρακτηρίζει την κυπριακή οικονομία είναι η εξάρτηση της από τον τομέα των υπηρεσιών (τριτογενής – tertiary), ο οποίος ήταν ο πλέον ραγδαία αναπτυσσόμενος τομέας, με την συνεισφορά του στο ΑΕΠ για το 2011, να ανέρχεται στο 80,5%.^[62] Οι τομείς της γεωργίας και αλιείας (πρωτογενής τομέας) αποτελούν πλέον πολύ μικρούς παραγωγικούς κλάδους με περιορισμένη επίδραση στην οικονομία, 2,4% του

ΑΕΠ,^[60] η δε βιομηχανία (δευτερογενής τομέας) προσέφερε περίπου το 17,1% του ΑΕΠ το 2011. (διάγραμμα 2.2).

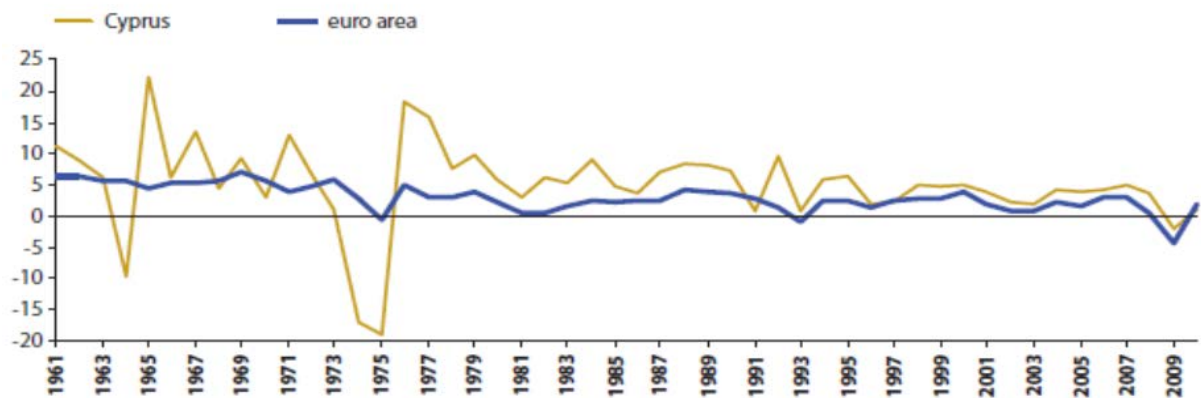


Διάγραμμα 2.2: Προστιθέμενη αξία του πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή τομέα της οικονομίας (% του ΑΕΠ).

Πηγή: Syrichas, Markidou, Louca. Central Bank of Cyprus, 2012.^[58]

Οι σημαντικές επιτυχίες στον οικονομικό τομέα συνοδεύτηκαν από εξίσου σημαντικές βελτιώσεις στη γενική ευημερία και εκπαίδευση, οι οποίες είναι αξιοσημείωτες. Η σχετική υψηλή ανάπτυξη της Κύπρου φαίνεται και από την 31^η θέση που κατείχε μεταξύ άλλων 187 χωρών το 2011 και συγκαταλεγόταν στις χώρες με πολύ υψηλό Δείκτη Ανθρώπινης Ανάπτυξης.^[58]

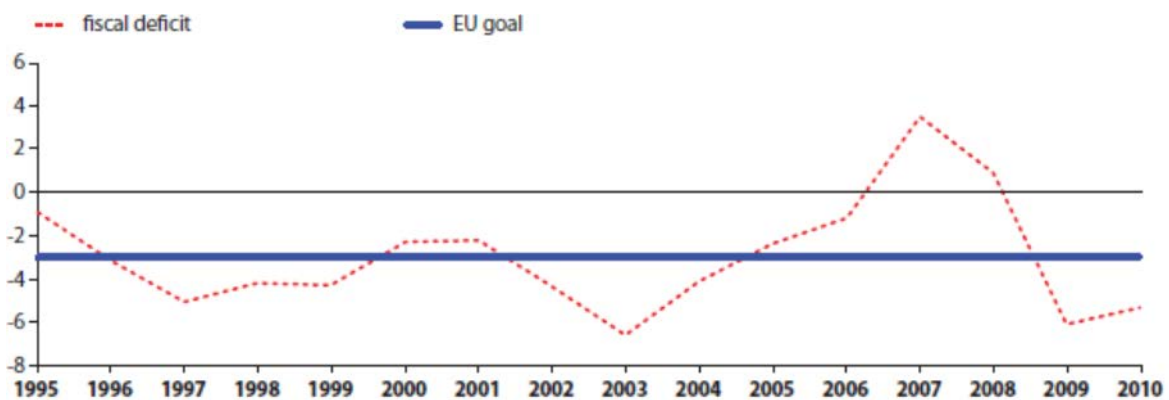
Παρά τα σημαντικά επιτεύγματα του παρελθόντος, η αισιόδοξη εικόνα του κυπριακού οικονομικού μοντέλου άρχισε να αλλοιώνεται τα τελευταία χρόνια. Από το 2000 έως και το 2009, η κυπριακή οικονομία αναπτυσσόταν γρηγορότερα από τον μέσο όρο της Ευρωζώνης (διάγραμμα 2.3).^[58] Το γεγονός αυτό αλλά και η ευρύτερη πορεία της οικονομικής σύγκλισης με την Ευρωπαϊκή Ένωση, είχε σαν αποτέλεσμα την ένταξη της Κύπρου στον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Συναλλαγματικών Ισοτιμιών II το 2005 και την υιοθέτηση του ευρώ ως εθνικού νομίσματος την 1^η Ιανουαρίου του 2008.



Διάγραμμα 2.3: Ρυθμός αύξησης του πραγματικού ΑΕΠ της Κύπρου και της ζώνης του ευρώ (% αύξηση σε σχέση με προηγούμενο έτος)

Πηγή: Syrighas, Markidou, Louca. Central Bank of Cyprus; 2012.^[58]

Η μεγάλη επιδείνωση του δημοσιονομικού ελλείμματος το 2003 (6,6%) αντιμετωπίστηκε με ένα πειθαρχημένο πρόγραμμα περισυλλογής τα επόμενα έτη, το οποίο είχε σαν αποτέλεσμα την μετατροπή της σε πλεόνασμα 3,5% το 2007, την αύξηση του ΑΕΠ κατά 5,1% και μείωση του πληθωρισμού στο 2,4%.^[58] (διάγραμμα 2.4).



Διάγραμμα 2.4: Δημοσιονομικό έλλειμμα της Κύπρου (% του ΑΕΠ)

Πηγή: Syrighas, Markidou, Louca. Central Bank of Cyprus, 2012.^[58]

Τελικά, αυτή η ευημερία και η σταθερή οικονομική ανάπτυξη έλαβαν τέλος κατά το 2009, όπου η οικονομία, για πρώτη φορά, εισήλθε σε ύφεση, με μείωση της πραγματικής μεγέθυνσης κατά 1,9% και σημαντική αύξηση του δημοσιονομικού ελλείμματος κατά 6,1%, κυρίως λόγω αύξησης των κρατικών δαπανών και μείωσης των εσόδων.^[63] Ως αποτέλεσμα της δημοσιονομικής επιδείνωσης, η Κύπρος εντάχθηκε από την Ε.Ε στη διαδικασία επιτήρησης υπερβολικού ελλείμματος κατά το 2010. Την αρνητική αυτή εξέλιξη ακολούθησε

μια σειρά διαδοχικών υποβαθμίσεων της πιστοληπτικής ικανότητας της χώρας από τους διεθνείς οίκους αξιολόγησης, οι οποίοι προειδοποιούσαν και για την μεγάλη έκθεση των κυπριακών τραπεζών στην δημοσιονομική κρίση της Ελλάδας. Οι υποβαθμίσεις αυτές οδήγησαν στον αποκλεισμό της Κύπρου από τις διεθνείς χρηματαγορές τον Μάιο του 2011 και πρακτικά και στην προσφυγή της χώρας στο Ευρωπαϊκό Ταμείο Χρηματοδοτικής Στήριξης.

2.2.2 Κυπριακή οικονομία: Από την άνηση στη διάσωση

Από την προσχώρησή της στην Ευρωπαϊκή Ένωση την 1η Μαΐου 2004, η Κύπρος έχει υποβληθεί σε σημαντικές οικονομικές και διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις οι οποίες έχουν αλλάξει το οικονομικό τοπίο. Τα επιτόκια έχουν απελευθερωθεί, ενώ έχουν αρθεί οι έλεγχοι στις τιμές και οι περιορισμοί στις επενδύσεις με την πλήρη απελευθέρωση στο καθεστώς των άμεσων ξένων επενδύσεων.^[62] Επιπλέον, η ένταξή της στην Ευρωζώνη (1/2008) είχε ως άμεσο αποτέλεσμα την απώλεια της αυτόνομης νομισματικής της πολιτικής.^{iv} Οι νέες προοπτικές και προκλήσεις για την κυπριακή οικονομία, δημιούργησαν νέα δεδομένα τα οποία οι Αρχές (πολιτικό σύστημα, τράπεζες, εποπτικές αρχές) δεν διαχειρίστηκαν σωστά, με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν οι συνθήκες για την οικονομική καταστροφή.^[64]

Η εκδήλωση της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης το 2008, ανέτρεψε την αναπτυξιακή πορεία της κυπριακής οικονομίας, παρότι αυτή δεν είχε άμεση έκθεση στα τοξικά χρηματοπιστωτικά προϊόντα που αποτέλεσαν την αφορμή της κρίσης, πλήττοντας περισσότερο τους τομείς των κατασκευών και του τουρισμού.^[65] Η οικοδομική βιομηχανία άρχισε να καταγράφει μειωμένους και στη συνέχεια αρνητικούς ρυθμούς ανάπτυξης επηρεάζοντας όλες τις μακροοικονομικές επιδόσεις της χώρας, όπως παρουσιάζονται στον πίνακα 2.1. Τα μειωμένα φορολογικά έσοδα του κράτους από την αγορά ακινήτων σε συνδυασμό με την μη μείωση των δημοσίων δαπανών επιτάχυναν και διεύρυναν τις δημοσιονομικές ανισορροπίες που προϋπήρχαν, με αποτέλεσμα τις συνεχόμενες υποβαθμίσεις της πιστοληπτικής ικανότητας της χώρας από τους διεθνείς οίκους αξιολόγησης.^[65]

^{iv} Η Κεντρική Τράπεζα της Κύπρου έχει ενταχθεί στο Ευρωπαϊκό Σύστημα Κεντρικών Τραπεζών (ΕΣΚΤ), το οποίο, από κοινού με τη Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (ΕΚΤ), ασκεί νομισματική πολιτική για το σύνολο της Ευρωζώνης, με βάση τις συνθήκες που επικρατούν στη συγκεκριμένη περιοχή.^[64]

Πίνακας 2.1: Κύριοι Οικονομικοί Δείκτες για την Κύπρο, 2005 - 2016

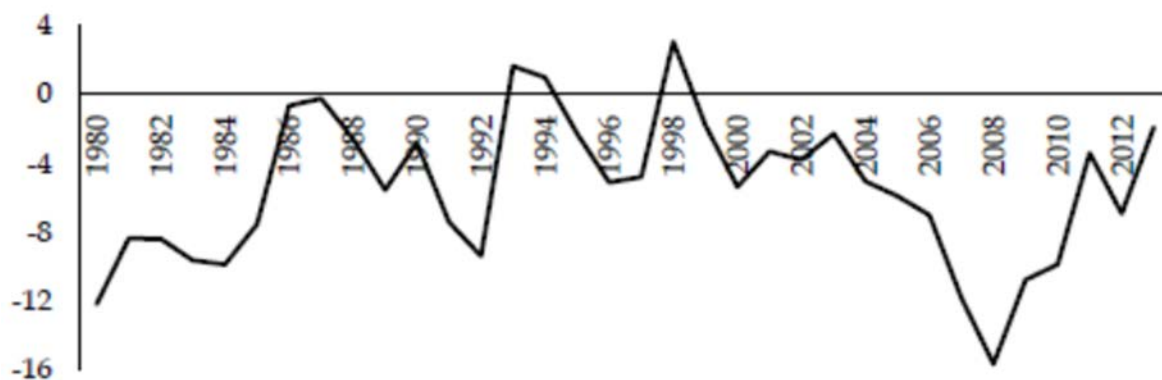
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	2016*
ΑΕΠ σε σταθερές τιμές αγοράς 2005 (% μεταβολή)	3.9	4.5	4.9	3.6	-2.0	1.4	0.3	-2.4	-5.4	-2.3	0.2	1.4
Ποσοστό Ανεργίας ΕΕΔ (%)	5.3	4.5	3.9	3.7	5.4	6.3	7.9	11.8	15.9	16.1	16.1	15.1
Εναρμονισμένος Δείκτης Τιμών Καταναλωτή (% μεταβολή)	2.0	2.2	2.2	4.4	0.2	2.6	3.5	3.1	0.4	-0.3	-0.8	0.9
Δημοσιονομικό Έλλειμμα (-) / Πλεόνασμα (+) (% ΑΕΠ)**	-2.2	-1.0	3.3	0.9	-5.5	-4.8	-5.8	-5.8	-4.9	-0.2	-1.2	-0.2
Δημόσιο Χρέος (% του ΑΕΠ)	63.3	58.9	53.7	44.7	53.5	56.5	66.0	79.5	102.2	107.5	104.8	99.8

*Πρόβλεψη 6ης αξιολόγησης

**Το Δημοσιονομικό Έλλειμμα το 2014 είναι εξαιρουμένου του ποσού της ενίσχυσης της κεφαλαιουχικής βάσης της Συνεργατικής Κεντρικής Τράπεζας (€1.5 δις)

Πηγή: Υπουργείο Οικονομικών, 2015.

Οι αρχικές επιπτώσεις στα μακροοικονομικά δεδομένα της Κύπρου ήταν μικρές σε σχέση με άλλες χώρες, ήταν όμως αρκετές για να αναδείξουν τα μεγάλα διαρθρωτικά προβλήματα της κυπριακής οικονομίας και κυρίως τα δημοσιονομικά προβλήματα και τη διαβρωμένη ανταγωνιστικότητα, που επισκιάζονταν από τον θετικό μέσο ετήσιο ρυθμό ανάπτυξης (4%) και τη χαμηλή ανεργία (4%) κατά την δεκαετία πριν την κρίση.^[66] Η οικονομική άνθηση των τελευταίων ετών δεν συνοδεύτηκε από αύξηση της παραγωγικότητας. Η αύξηση των μισθών, στηριζόμενη από την αυτόματη τιμαριθμική αναπροσαρμογή (ΑΤΑ) υπερέβαινε τον βραδύτερο ρυθμό αύξησης της παραγωγικότητας εργασίας με αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους εργασίας ανά μονάδα προϊόντος, την απώλεια ανταγωνιστικότητας κόστους και τιμών και την ταχεία αύξηση του εμπορικού ελλείμματος και των ελλειμμάτων στο ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών (ΙΤΣ).^[67] Από το 1960 και μετά το ΙΤΣ στην Κύπρο ήταν κατά κύριο λόγο ελλειμματικό, με τον μέσο όρο του ελλείμματος ως προς το ΑΕΠ για την περίοδο 1960 – 2010 να είναι στο 4,4%, ενώ για την περίοδο 2000 – 2010, ο μέσος όρος του ελλείμματος αυξήθηκε στο 6,9%^[68] (διάγραμμα 2.5). Το ΙΤΣ χρηματοδοτείτο κυρίως μέσω των άμεσων ξένων επενδύσεων και καταθέσεων, γεγονός ιδιαίτερα σημαντικό σε περίπτωση μειωμένης εμπιστοσύνης προς το κράτος και την ιδιωτική οικονομία. Επιπρόσθετα, τα επίμονα ελλείμματα του εμπορικού ισοζυγίου και οι σημαντικές ζημιές αποτίμησης των τραπεζικών περιουσιακών στοιχείων συνέβαλαν στην επιδείνωση της καθαρής διεθνούς επενδυτικής θέσης του κράτους.^[67]



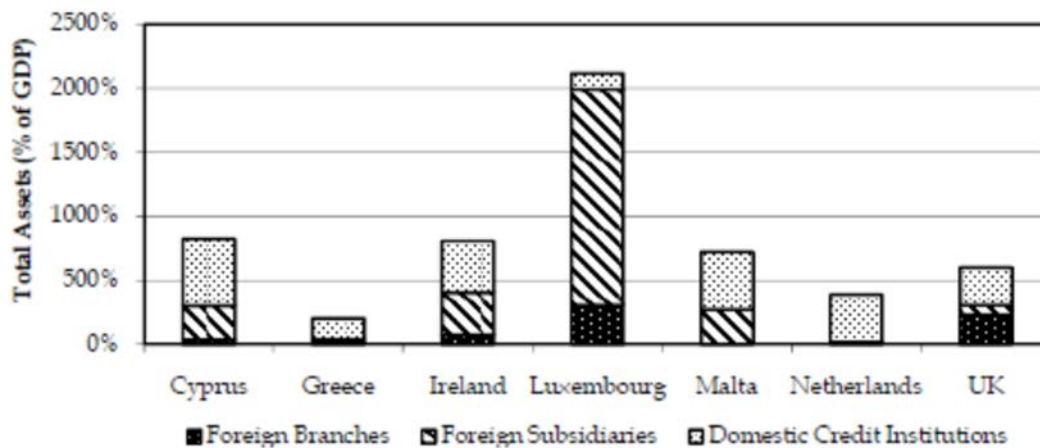
Διάγραμμα 2.5: Ισοζύγιο Τρεχουσών Συναλλαγών (% του ΑΕΠ)

Πηγή: Clerides S, 2014.^[64]

Η μεγάλη επέκταση του κυπριακού τραπεζικού τομέα κατά την τελευταία δεκαετία ήταν χαρακτηριστική επίσης των μακροοικονομικών ανισορροπιών που συσσωρεύτηκαν στην υπό εξέταση περίοδο. Το 2010, η Κύπρος είχε ένα μεγάλο τραπεζικό σύστημα συγκριτικά με την οικονομία της, με τις εγχώριες τράπεζες να κατέχουν σημαντική θέση. Το σύνολο του ενεργητικού του ανερχόταν στο 896% του ΑΕΠ, με τον μέσο όρο στην Ε.Ε και Ευρωζώνη, κατά το 2009, να βρίσκεται στο 357% και 334% αντίστοιχα.^[69] (Διάγραμμα 2.6). Δεδομένου του μεγέθους και ιδιαίτερα της δομής του, ως επί τω πλείστο οι τράπεζες ήταν κυπριακές, οι συστημικοί κίνδυνοι για την Κύπρο ήταν σημαντικοί, γεγονός που καθιστούσε αναγκαία την εφαρμογή μιας καλύτερης μακροπροληπτικής προσέγγισης όσον αφορά την εποπτεία των τραπεζών.

Ιδιαίτερα μετά την ένταξη στην Ευρωπαϊκή Ένωση, η Κύπρος, στην προσπάθειά της να καταστεί σημαντικός διεθνής πάροχος τραπεζικών υπηρεσιών, υποβοηθούμενη μεταξύ άλλων, από τα υψηλά επιτόκια καταθέσεων, κατάφερε να προσελκύσει σημαντικές εισροές ξένων κεφαλαίων, με αποτέλεσμα την ταχεία και σημαντική επέκταση του τραπεζικού της συστήματος, τόσο στο εσωτερικό όσο και στο εξωτερικό, ιδιαίτερα στην Ελλάδα. Η εύκολη χορήγηση πιστώσεων και τα χαμηλά επιτόκια δανεισμού λόγω της μεγάλης ρευστότητας, οδήγησαν στην υπέρμετρη ανάπτυξη της αγοράς ακινήτων και στην αύξηση του χρέους του ιδιωτικού τομέα σε πάνω από 300% του ΑΕΠ, το οποίο επιβάρυνε τους ισολογισμούς του ιδιωτικού τομέα.^[70] Η ραγδαία εγχώρια πιστωτική επέκταση διευκολύνθηκε και από τις ασύνετες πρακτικές δανεισμού εκ μέρους των τραπεζών λόγω ανεπαρκών πλαισίων διαχείρισης κινδύνων και εταιρικής διακυβέρνησης.^[71] Επιπλέον, οι τράπεζες ακολούθησαν

μια επικίνδυνη στρατηγική υψηλών αποδόσεων χωρίς σωστή εκτίμηση των κινδύνων και περιορισμών στις συγκεντρώσεις των ανοιγμάτων.^[72]



Διάγραμμα 2.6: Σύνολο ενεργητικού κυπριακού τραπεζικού τομέα (% του ΑΕΠ), 2010.

Πηγή: Stefanou C, 2011.^[69]

Τα προβλήματα στην οικοδομική βιομηχανία (μείωση ζήτησης, αύξηση των εγχώριων μη εξυπηρετούμενων δανείων) σε συνδυασμό με τις απώλειες που προέκυψαν από τις δανειοδοτικές δραστηριότητες στην Ελλάδα και την απομείωση της αξίας των Ομολόγων του Ελληνικού Δημοσίου το 2011, στα οποία είχαν επενδύσει οι κυπριακές τράπεζες, οδήγησαν σε δραματική επιδείνωση της ποιότητας του δανειακού χαρτοφυλακίου των τραπεζών και σε ζημίες που άσκησαν ισχυρές πιέσεις στη ρευστότητα και την κεφαλαιακή τους βάση. Οι απώλειες από το ελληνικό κούρεμα χρέους ανέρχονταν περίπου στα 4,5 δισεκατομμύρια ευρώ (25% του ΑΕΠ) για την Τράπεζα Κύπρου και τη Λαϊκή Τράπεζα, φέρνοντας τη δεύτερη, στο χείλος της πτώχευσης και στην ανάγκη για ανακεφαλαιοποίηση με κρατική υποστήριξη 1,8 δισεκατομμυρίων ευρώ (10% του ΑΕΠ) το 2012.^[71] Η εξάντληση της ρευστότητας λόγω και της αδυναμίας αναχρηματοδότησης από τις διεθνείς αγορές αλλά και των αναλήψεων από καταθέτες, οδήγησε την Κεντρική Τράπεζα της Κύπρου στην παραχώρηση έκτακτης ενίσχυσης σε ρευστότητα (Emergency Liquidity Assistance – ELA) για κάλυψη των αναγκών των τραπεζών, κυρίως της Λαϊκής. Ο ELA τον Απρίλιο του 2013 ανερχόταν στα 11,4 δισεκατομμύρια ευρώ (60% του ΑΕΠ).^[73]

Η Κυβέρνηση, αρχικά, ακολούθησε επεκτατική δημοσιονομική πολιτική, με σκοπό το μετριασμό των επιπτώσεων της κρίσης στην οικονομία, επικεντρώνοντας τις προσπάθειες στους πληγέντες τομείς.^[74] Η συνεχιζόμενη δύσκολη παγκόσμια οικονομική κατάσταση, με

το δεύτερο κύμα κρίσης, οδήγησε σε περαιτέρω επιδείνωση των δημόσιων οικονομικών, που σε συνάρτηση με την επέκταση που είχε προηγηθεί, οδήγησε σε υπερβολικά υψηλά δημοσιονομικά ελλείμματα και μη διατηρήσιμα δημόσια οικονομικά. Το δημοσιονομικό πλεόνασμα (3,7%) στο τέλος του 2007, μετατράπηκε σε έλλειμμα κοντά στο 6% του ΑΕΠ το 2009 και παραμένοντας στα ίδια περίπου επίπεδα τα επόμενα έτη, οδήγησε σε απότομη αύξηση το Δημόσιο χρέος. Η αύξηση του δημοσιονομικού ελλείμματος και η εξ αυτού αύξηση των δανειακών αναγκών του δημόσιου τομέα κατά το 2011 οφείλεται εν μέρει και στο τραγικό συμβάν στη ναυτική βάση Ευάγγελος Φλωράκης, τον Ιούλιο του ίδιου έτους. Η ανακεφαλαιοποίηση της Λαϊκής Τράπεζας το 2012 με κρατική βοήθεια επιδείνωσε περαιτέρω το δημόσιο χρέος κατά 9 ποσοστιαίες μονάδες του ΑΕΠ.

Οι σημαντικές εσωτερικές και εξωτερικές ανισοροπίες που είχαν δημιουργηθεί πέραν της τραπεζικής κρίσης, σε συνδυασμό με την ενδεχόμενη υποχρέωση που θα προέκυπτε στην περίπτωση που το κράτος χρειαζόταν να στηρίξει ένα εγχώριο τραπεζικό τομέα τέτοιου μεγάλου μεγέθους, οδήγησαν σε συνεχείς υποβαθμίσεις την πιστοληπτική ικανότητα της Κυπριακής Δημοκρατίας και σε αδυναμία αναχρηματοδότησης του χρέους της μέσω δανειοδότησης από τις διεθνείς αγορές.^[71] Όπως πολύ εύστοχα ο Zenios (2013) περιγράφει, η Κύπρος βρέθηκε αντιμέτωπη με τη «τέλεια κρίση» στο σημείο όπου συναντάται το δημόσιο χρέος με την τραπεζική κρίση, τις υπερχρεωμένες επιχειρήσεις και νοικοκυριά και τη φθίνουσα ανταγωνιστικότητα.^[75] Ως αποτέλεσμα, στις 25.6.2012 οι Κυπριακές αρχές υπέβαλαν αίτημα για χρηματοδοτική στήριξη υπό τη μορφή δανείου προς το Ευρωπαϊκό Ταμείο Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας / Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Σταθερότητας και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο.

2.2.3 Μνημόνιο Οικονομικής Προσαρμογής

Τον Ιούνιο 2012, η Κύπρος έγινε το πέμπτο κράτος-μέλος της Ευρωζώνης, μετά την Ελλάδα, την Ιρλανδία, την Πορτογαλία και την Ισπανία, που υπέβαλε αίτημα για διεθνή οικονομική βοήθεια, ώστε να ανταποκριθεί, στην ανάγκη για στήριξη του τραπεζικού της τομέα^[76] και να αντιμετωπίσει τα δημοσιονομικά της προβλήματα. Μετά από διαπραγματεύσεις 9 μηνών, με αποκορύφωμα τις δύο δραματικές συνεδριάσεις της Ευρωομάδας (Eurogroup) τον Μάρτιο 2013, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (Τρόικα), συμφώνησαν τελικά με τις Κυπριακές αρχές, σε ένα Πρόγραμμα

Οικονομικής Προσαρμογής, στις 2 Απριλίου 2013 (Μνημόνιο Συναντίληψης – ΜΣ). Το πρόγραμμα στοχεύει στη αποφασιστική αντιμετώπιση των χρηματοοικονομικών, δημοσιονομικών και διαρθρωτικών προκλήσεων της κυπριακής οικονομίας, μέσω της αναδιάρθρωσης και μείωσης του τραπεζικού τομέα, της συνέχισης και ενίσχυσης των προσπαθειών για δημοσιονομική εξυγίανση και την εφαρμογή διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων και ιδιωτικοποιήσεων. Το πρόγραμμα εγκρίθηκε από τα κράτη μέλη της Ευρωζώνης στις 24.4.2013 και από το διοικητικό συμβούλιο του ΔΝΤ στις 15.5.2013. Καλύπτει την περίοδο 2013 – 2016 και το χρηματοδοτικό πακέτο ανέρχεται στα 10 δισεκατομμύρια ευρώ εκ των οποίων το 1 δισεκατομμύριο προέρχεται από το ΔΝΤ.^[4] Το πρόγραμμα επικαιροποιείται για σκοπούς αξιολόγησης ανά τρίμηνο και με βάση την πορεία υλοποίησης του, παρέχεται στην Κύπρο η απαραίτητη χρηματοδότηση μέχρις ότου αυτή να μπορέσει να ανακάμψει και να εισέλθει σε πορεία βιώσιμης ανάπτυξης.

Για την επίτευξη των εν λόγω στόχων, το πρόγραμμα βασίζεται σε τρεις πυλώνες:^[77]

- Ο πρώτος πυλώνας, συνίσταται σε μια στρατηγική για τον χρηματοπιστωτικό τομέα βασισμένη στην αναδιάρθρωση και τη μείωση του μεγέθους των χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων, καθώς και στην ενίσχυση της εποπτείας τους, με προσπάθειες για την αντιμετώπιση των ελλείψεων κεφαλαίου και ρευστότητας. Στόχος είναι η αποκατάσταση της ευρωστίας του τραπεζικού τομέα και της εμπιστοσύνης των καταθετών και της αγοράς. Με βάση τις αποφάσεις του Eurogroup της 25^{ης} Μαρτίου 2013, η δύο μεγαλύτερες κυπριακές τράπεζες θεωρήθηκαν αφερέγγυες και εισήλθαν σε διαδικασία εξυγίανσης, οι οποία σε γενικές γραμμές περιελάμβανε, την πώληση των δραστηριοτήτων τους στην Ελλάδα, την απορρόφηση των εργασιών της Λαϊκής Τράπεζας στην Κύπρο και το Ηνωμένο Βασίλειο από την Τράπεζα Κύπρου και την ανακεφαλαιοποίηση της δεύτερης με ίδια μέσα (bail in), δηλαδή χρησιμοποιώντας τις ανασφάλιστες καταθέσεις (άνω των 100 χιλιάδων ευρώ) στις δύο κυπριακές τράπεζες. Η ιστορική και έντονα αμφιλεγόμενη αυτή απόφαση οδήγησε στο κλείσιμο των κυπριακών τραπεζών για σχεδόν 2 εβδομάδες καθώς και στην επιβολή προσωρινών περιορισμών στη διακίνηση κεφαλαίων εντός της χώρας αλλά και προς το εξωτερικό.^[76]
- Ο δεύτερος πυλώνας, συνίσταται σε μια φιλόδοξη στρατηγική δημοσιονομικής εξυγίανσης, βασισμένη στις προσπάθειες εξυγίανσης που είχαν ξεκινήσει το 2012, ιδίως μέσω μέτρων για τη μείωση των τρεχουσών πρωτογενών δαπανών, την αύξηση

των εσόδων του κράτους, τη βελτίωση της λειτουργίας του δημόσιου τομέα και τη διατήρηση της δημοσιονομικής εξυγίανσης μεσοπρόθεσμα. Στόχος είναι να διορθωθεί το υπερβολικό έλλειμμα της γενικής κυβέρνησης και να τεθεί ο δείκτης του ακαθάριστου δημόσιου χρέους προς το ΑΕΠ σε σταθερή πτωτική πορεία μακροπρόθεσμα. Οι αρχές θα πρέπει να μειώσουν το έλλειμμα σε ποσοστό κάτω από το 3% του ΑΕΠ μέχρι το 2016.

- Ο τρίτος πυλώνας, συνίσταται σε ένα πρόγραμμα διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων (Συστήματος Υγείας, Δημόσιας Διοίκησης, Φόρου Ακίνητης Ιδιοκτησίας, Συστήματος Ευημερίας, διοίκησης εσόδων κ.α.) και ιδιωτικοποιήσεων (Αρχής Τηλεπικοινωνιών, Αρχής Ηλεκτρισμού και Αρχής Λιμένων). Σκοπός είναι η στήριξη της ανταγωνιστικότητας και της βιώσιμης και ισόρροπης ανάπτυξης, σύμφωνα με τις ειδικές συστάσεις ανά χώρα που απευθύνθηκαν προς την Κύπρο το 2012, για την πρόληψη και αποκατάσταση των μακροοικονομικών ανισορροπιών.^[78]

Η Κεντρική Τράπεζα της Κύπρου (ΚΤΚ) επισημαίνει ότι το πρόγραμμα περιλαμβάνει ριζοσπαστικά διορθωτικά μέτρα, πολλά από τα οποία είναι πρωτόγνωρα για την κυπριακή πραγματικότητα, και μάλιστα σε συνθήκες υπερβολικά υψηλής ανεργίας.^[79] Από αυτά ενδεικτικά αναφέρονται:^[80-82]

- Κλιμακωτές περικοπές συντάξεων και μισθών στο δημόσιο από 6,5 – 12,5% και ενιαία μείωση 3% για το 2014
- Μείωση του αριθμού των εργαζομένων στο δημόσιο κατά 4.500 τουλάχιστο (2012-2016), πάγωμα νέων προσλήψεων, κατάργηση 1.880 μόνιμων θέσεων
- Αναστολή του συστήματος τιμαριθμικής αναπροσαρμογής των μισθών
- Αύξηση του ορίου υποχρεωτικής συνταξιοδότησης στον δημόσιο τομέα
- Αυξήσεις των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης εργαζομένων και εργοδοτών
- Μείωση των δαπανών για κοινωνικές παροχές
- Αύξηση κανονικού ΦΠΑ για το 2013 και 2014 από 17 σε 19%
- Αυξήσεις του ειδικού φόρου κατανάλωσης σε ορισμένα προϊόντα (όπως πετρελαιοειδή, καπνικά, οιοπνευματώδη)
- Αύξηση της φορολόγησης εταιρικού εισοδήματος από 10% σε 12,5%
- Αύξηση του τραπεζικού φόρου επί των καταθέσεων από 0,11% σε 0,15%
- Αλλαγές στο στεγαστικό πρόγραμμα και στη φορολόγηση της ακίνητης περιουσίας.

Εντούτοις, το πρόγραμμα, αν και αυστηρό και επώδυνο, αποτελεί τη μόνη επιλογή της χώρας για έξοδο από την κρίση, ενώ παράλληλα προσφέρει την ευκαιρία για διόρθωση πολλών δομικών στρεβλώσεων που υπάρχουν στην οικονομία, καθώς και για δημιουργία των προϋποθέσεων επιστροφής σε συνθήκες βιώσιμης ανάπτυξης και πλήρους απασχόλησης.^[79]

2.2.3.1 Απαντήσεις Πολιτικής Υγείας

Εστιάζοντας στον τομέα της υγείας, τα περισσότερα μέτρα που εφαρμόστηκαν ήταν απότοκα των μνημονιακών υποχρεώσεων της χώρας προς τους δανειστές της και είχαν κυρίως εισπρακτικό και αποτρεπτικό χαρακτήρα. Στόχος ήταν η ενίσχυση της οικονομικής βιωσιμότητας και αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας. Πιο συγκεκριμένα αυτά αφορούσαν τα ακόλουθα:^[83]

- Αλλαγές στη δημόσια χρηματοδότηση του συστήματος υγείας: Μείωση του προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας κατά 5,3% το 2012 σε σχέση με το 2011 και πρόσθετες μειώσεις περίπου 5,5% για το 2013 και 5,7% το 2014 συγκριτικά με το 2013.
- Αλλαγές στην υγειονομική κάλυψη: Υποχρεωτική εισφορά για τους δημόσιους υπαλλήλους και συνταξιούχους του δημοσίου ύψους 1,5% επί του μικτού μισθού – σύνταξης, και κατάργηση της κατηγορίας δικαιούχων «B»^v, με εξαίρεση τους χρόνιους ασθενείς κάποιων παθήσεων, ανεβάζοντας το ποσοστό των μη δικαιούχων πολιτών σε δωρεάν δημόσια φροντίδα από 17% σε 19%^{vi}
- Επιβολή τελών χρήσης υπηρεσιών υγείας: εισαγωγή συμπληρωμής 1 ευρώ ανά συνταγή στα ιδιωτικά φαρμακεία, εισαγωγή τέλους 10 ευρώ για χρήση υπηρεσιών των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών και Ατυχημάτων των δημοσίων νοσοκομείων, καταβολή 0,5 ευρώ για κάθε εργαστηριακή εξέταση και

^v Ταυτότητα νοσηλείας B χορηγείται σε άγαμους, χήρους, διαζευγμένους ή έγγαμους που δε συζούσαν με το ή τη σύζυγό του, χωρίς εξαρτώμενα τέκνα, των οποίων τα εισοδήματα υπερέβαιναν τα €15.378, και όχι τα €20.503, και σε μέλη οικογένειας των οποίων τα εισοδήματα υπερέβαιναν το ποσό των €30.755 και όχι τα €37.5890, αυξανόμενο κατά €1.708 για κάθε εξαρτώμενο τέκνο.^[122]

^{vi} Η Βουλή στις 18/12/2014 ψήφισε Νόμο με τον οποίο διευρύνεται ο κατάλογος των προσώπων, τα οποία έχουν δικαίωμα πρόσβασης σε δωρεάν ή μειωμένου κόστους ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στα δημόσια νοσηλευτήρια. Οι νέες κατηγορίες είναι οι ακόλουθες: α) Τα πρόσωπα που πάσχουν από σοβαρές ασθένειες, όπως νεφροπαθείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, ασθενείς με μεσογειακή αναιμία, ασθενείς με συγγενείς αιμορραγικές διαθέσεις και άλλοι ασθενείς, β) Οι άνεργοι, γ) Οι έγκυες γυναίκες, δ) Τα παιδιά ηλικίας μέχρι 18 ετών, ε) Οι μονογονεϊκές οικογένειες. Τα πρόσωπα που εμπίπτουν στις συγκεκριμένες κατηγορίες για να επωφελούνται της εξαίρεσης πρέπει να διαμένουν μόνιμα στις ελεγχόμενες από τη Δημοκρατία περιοχές.^[122]

συνταγογραφούμενο φάρμακο (με μέγιστη χρέωση τα 10 ευρώ, ανά έντυπο παραπομπής εργαστηριακού ελέγχου και συνταγής). Επιπλέον, επεβλήθησαν συμπληρωμές για επίσκεψη δικαιούχου σε γενικό γιατρό 3 ευρώ και σε ειδικό γιατρό 6 ευρώ, ενώ οι μη δικαιούχοι για αντίστοιχες επισκέψεις πληρώνουν 15 και 30 ευρώ (αντί των 14,5 και 20.5 ευρώ που πλήρωναν). Επιπρόσθετα, τα τέλη για εσωτερική νοσηλεία, ιατρικές πράξεις και εξετάσεις σε δημόσια νοσοκομεία, αυξήθηκαν για τους μη δικαιούχους κατά 30%

- Αλλαγές στις τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων: Κατά την τιμολόγηση λαμβάνονται υπόψη οι χονδρικές τιμές πώλησης συνταγογραφούμενων φαρμάκων σε 10 χώρες της Ε.Ε; οι τιμές των νέων φαρμάκων άνω των 10 ευρώ, αναθεωρούνται κάθε χρόνο για τα πρώτα 2 έτη και μετά κάθε 2 χρόνια. Μείωση του ανώτατου ορίου κέρδους από 37% στο 33%, για φαρμακευτικά προϊόντα αξίας 50 – 250 ευρώ και μείωση στο 25% για προϊόντα αξίας άνω των 250 ευρώ. Επίσης έγινε εισαγωγή νέου μηχανισμού παρακολούθησης πολυφαρμακίας στον δημόσιο τομέα και επιβολή 5% ΦΠΑ σε όλα τα φαρμακευτικά προϊόντα
- Μειώσεις μισθών και υπερωριακών αποζημιώσεων όλων των επαγγελματιών υγείας στον δημόσιο τομέα
- Προώθηση συστήματος DRG (Diagnosis Related Group) με στόχο να αντικατασταθεί το υφιστάμενο σύστημα πληρωμών στα νοσοκομεία
- Πρόταση ολοκλήρωσης μηχανογράφησης και πληροφοριακού συστήματος υγείας (IT-infrastructure)
- Εισαγωγή κλινικών πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων οδηγιών
- Πρόταση για αναδιοργάνωση των δημοσίων νοσοκομείων, η οποία εγκρίθηκε από το Υπουργικό Συμβούλιο το 2012. Η πρόταση στοχεύει στην αύξηση ελέγχου του κόστους και στη βελτίωση της ποιότητας, με ενίσχυση των διοικητικών δομών, παροχή χρημάτων για κάθε νοσοκομείο και κλινική και δημιουργία νοσοκομειακών σχηματισμών μεταξύ γειτονικών περιοχών.
- Πρόταση εφαρμογής ενός Γενικού Συστήματος Υγείας (ΓΕΣΥ), με διασφάλιση της οικονομικής του βιωσιμότητας, το οποίο να παρέχει καθολική κάλυψη, με ενδεχόμενο σταδιακής εφαρμογής. Η αρχική πρόταση προέβλεπε εφαρμογή μέχρι τα τέλη 2015.

3. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

3.1 Εισαγωγή

Η πρόσφατη παγκόσμια οικονομική κρίση και ύφεση, με δεδομένη την επίδρασή της σε βασικούς οικονομικούς δείκτες όπως το Α.Ε.Π, η ανεργία, το εισόδημα έχει προκαλέσει σημαντικές κοινωνικές και πολιτικές συνέπειες σε πολλά κράτη, ιδιαίτερα σε αυτά που επλήγησαν περισσότερο από την κρίση.^[1] Κύριο χαρακτηριστικό της, πέραν της σοβαρής αύξησης της ανεργίας, είναι η εφαρμογή δημοσιονομικών πολιτικών λιτότητας από σειρά κυβερνήσεων με στόχο τη μείωση των δημοσίων ελλειμμάτων. Ο τομέας της υγείας, όπως και πολλά άλλα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας, βρέθηκε αντιμέτωπος με εκτεταμένες περικοπές δαπανών και έχει αποτελέσει επίσης αντικείμενο μεγάλων μεταρρυθμίσεων. Ο συνδυασμός των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης, της λιτότητας και των μεταρρυθμίσεων έχει προκαλέσει σοβαρές ανησυχίες, ιδιαίτερα στην κοινότητα της δημόσιας υγείας, ως προς τις πιθανές επιπτώσεις του στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών και στη δυνατότητα των συστημάτων υγείας να παρέχουν επαρκείς και ποιοτικές υπηρεσίες στους πολίτες, λόγω της αναμενόμενης αυξημένης ζήτησης για θεραπεία και των μειωμένων προϋπολογισμών για την υγεία.^[84] Οι ανησυχίες έγιναν εντονότερες όταν ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) επισήμανε ότι οι περικοπές των δαπανών για την υγεία σε περιόδους οικονομικής ύφεσης, ειδικά σε χώρες που ζήτησαν έκτακτη βοήθεια από το Δ.Ν.Τ, θα μπορούσαν να δημιουργήσουν πρόσθετους κινδύνους για την υγεία των πληθυσμών.^[12]

Αναγνωρίζοντας τη σοβαρότητα του προβλήματος, ο Π.Ο.Υ σε ψήφισμα του το 2009 (EUR/RC59/R3) καλούσε τα κράτη μέλη του να διασφαλίσουν ότι τα συστήματα υγείας τους θα συνεχίσουν να προστατεύουν την υγεία των πολιτών, ιδιαίτερα των πιο ευάλωτων, να παρέχουν αποτελεσματικές υπηρεσίες και να εξασφαλίσουν τις απαραίτητες επενδύσεις, δαπάνες και θέσεις εργασίας.^[85] Σε παρόμοιες συστάσεις προέβησαν αργότερα και άλλοι οργανισμοί ή σώματα, όπως το συμβούλιο Υπουργών Υγείας της Ε.Ε και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή.^[86]

Η διεθνής εμπειρία και έρευνα έχει δείξει ότι οι επιπτώσεις της κρίσης, ποικίλουν τόσο από χώρα σε χώρα, με τις λιγότερο αναπτυγμένες να πλήττονται περισσότερο, όσο και εντός αυτών, όπου οι επιπτώσεις κατανέμονται διαφορετικά στην κοινωνική κλιμάκωση, καθώς οικογένειες και άτομα τα οποία βρίσκονται σε χαμηλή κοινωνική θέση διατρέχουν διπλάσιο

κίνδυνο πρόωρου θανάτου και αυξημένης νοσηρότητας εξαιτίας παραγόντων οι οποίοι σχετίζονται με το εισόδημα, την εκπαίδευση, τη στέγαση, τη διατροφή και την ιατρική περίθαλψη και δρουν αθροιστικά.^[87] Σε έκθεση του Ο.Ο.Σ.Α, αναφέρεται ότι παρόλο που δείκτες όπως το προσδόκιμο ζωής και η βρεφική θνησιμότητα βελτιώνονται, οι διαφορές στον πλούτο, την εκπαίδευση και άλλους κοινωνικούς δείκτες εξακολουθούν να επηρεάζουν σημαντικά την κατάσταση της υγείας και την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.^[88]

3.2 Μηχανισμοί επίδρασης της οικονομίας στην υγεία

Στη διεθνή βιβλιογραφία περιγράφονται διάφοροι μηχανισμοί με τους οποίους η οικονομική κρίση επιδρά στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών και στη λειτουργία των συστημάτων υγείας. Οι Catalano et al, (2011) κάνουν αναφορά σε τρεις βασικούς μηχανισμούς (pathways), μέσω των οποίων οι μακροοικονομικές συνθήκες, μπορούν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά των ατόμων, η οποία με τη σειρά της έχει αντίκτυπο στην υγεία. Αυτοί είναι: (α) το άγχος – stress, (β) η επίδραση του προϋπολογισμού – effect budgeting, και (γ) η απογοήτευση – επιθετικότητα, - frustration-aggression. Οι μηχανισμοί αυτοί μπορούν να αυξήσουν (αντικυκλική επίδραση) ή να μειώσουν (προκυκλική επίδραση) την συχνότητα εμφάνισης κάποιας παθολογίας σε υφεσιακές περιόδους.^[89] Επίσης, οι Modrek et al. (2013) αναφέρονται σε δύο τουλάχιστο κύριους μηχανισμούς μέσω των οποίων οι υφέσεις μπορούν να έχουν αρνητικές εκβάσεις στην υγεία.^[90] Ο πρώτος αφορά τα οικονομικά σοκ (ανεργία, απώλεια καταθέσεων, πτώχευση και έξωση, ανεξόφλητο χρέος) και ο δεύτερος, την εφαρμογή δημοσιονομικών μέτρων λιτότητας στα συστήματα υγείας και στα κοινωνικά δίκτυα ασφαλείας.

Σύμφωνα με τον Οικονόμου (2014), η μείωση του ΑΕΠ, των επενδύσεων και των κοινωνικών δαπανών σε συνδυασμό με την αύξηση της ανεργίας έχουν μια διπλή αρνητική επίπτωση στην υγεία.^[91] Αφενός, μειώνεται το εισόδημα και η ευημερία των νοικοκυριών και αυξάνεται η ανασφάλεια στην εργασία, επιφέροντας συμπεριφορικές αλλαγές που επιδρούν στην υγεία. Η μείωση του εισοδήματος μπορεί να οδηγήσει στην πρόσληψη φθηνότερων τροφίμων με ανεπαρκή διατροφική αξία. Η ανεργία και δη η μακροχρόνια, μπορεί να οδηγήσει σε αίσθημα απαξίωσης του εαυτού, σε αύξηση των ψυχικών διαταραχών, των αυτοκτονιών, της κατανάλωσης οινοπνεύματος, καπνού και ναρκωτικών ουσιών. Μπορεί ακόμη να οδηγήσει ομάδες πληθυσμού σε εξάντληση του ασφαλιστικού τους δικαιώματος για

ασθένεια. Οδηγεί επίσης σε φτώχεια και κοινωνικό αποκλεισμό, καταστάσεις που συνδέονται στενά με πρόωγη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα κυρίως σε άτομα με περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και σε άτομα με χρόνιες παθήσεις.^[87] Παράλληλα, η ζήτηση υπηρεσιών υγείας μειώνεται στην περίπτωση που οι πολίτες καλούνται να καταβάλουν υψηλές άμεσες πληρωμές στον ιδιωτικό τομέα ή υψηλή συμμετοχή στο κόστος παροχής των δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Αφετέρου, μειώνονται τα κρατικά έσοδα και οι κρατικοί πόροι για κοινωνική επένδυση και επιδεινώνεται η βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος. Αυτό σημαίνει περιορισμό της προσφοράς δημόσιων υπηρεσιών και προγραμμάτων υγείας, ανεπαρκή διαχείριση των νοσημάτων από τις υποχρηματοδοτούμενες και υποστελεχωμένες δημόσιες μονάδες υγείας και περιορισμό της ασφαλιστικής κάλυψης για ασθένεια. Η αλληλεπίδραση των παραπάνω παραγόντων έχει ως αποτέλεσμα την επιδείνωση του επιπέδου υγείας.^[91]

Όπως αναδεικνύεται μέσα από πρόσφατες μελέτες, οι οικονομικές κρίσεις και πρωτίστως τα μέτρα που λαμβάνουν οι κυβερνήσεις προς αντιμετώπισή τους,^[91] προσβάλλουν επικίνδυνα τα συστήματα υγείας, απειλούν τη βιωσιμότητα των ασφαλιστικών φορέων, επιβαρύνουν και αποδιοργανώνουν τη λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, επηρεάζουν αρνητικά την αποτελεσματικότητά τους και την ποιότητα των υπηρεσιών τους και καθυλώνουν τους ασθενείς που παραμελούν ή αδυνατούν λόγω κόστους να απευθυνθούν στις δημόσιες μονάδες υγείας.^[92]

Ωστόσο, στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν και μελέτες, βασιζόμενες κυρίως σε δεδομένα του προηγούμενου αιώνα, που υποστηρίζουν ότι στις πλούσιες βιομηχανικές χώρες η οικονομική κρίση έχει ως αποτέλεσμα την αλλαγή των καταναλωτικών προτύπων προς την υιοθέτηση περισσότερο υγιεινού τρόπου ζωής και κατά συνέπεια τη μείωση της θνησιμότητας, με εξαίρεση τις αυτοκτονίες οι οποίες φαίνεται να αυξάνονται.^[10,11] Από την άλλη, σε περιόδους οικονομικής άνθησης, οι επιβλαβείς για την υγεία συνήθειες αυξάνονται (κάπνισμα, οινόπνευμα), ενώ μειώνεται η φυσική άσκηση και η υγιεινή διατροφή. Οι επιδράσεις αυτές φαίνεται να διαφοροποιούνται κατά φύλο, ηλικία και αιτία και έχουν διαφορετική ευαισθησία ως προς τους χρησιμοποιούμενους δείκτες, όπως το Α.Ε.Π και το επίπεδο απασχόλησης.^[8]

3.3 Ιστορικά δεδομένα

Στη βιβλιογραφία που διερευνά τις επιπτώσεις στην υγεία των μεγάλων οικονομικών κρίσεων και υφέσεων του 20^{ου} αιώνα (Μεγάλη Ύφεση του 1929, Λατινική Αμερική 1982-84, Ανατολική Ευρώπη 1989-99, Νοτιοανατολική Ασία 1997-98, Αργεντινή 1999-2002) φαίνεται ότι οι ερευνητές βρίσκονται χωρισμένοι σε δύο ομάδες.^[93] Η μία ομάδα υποστηρίζει ότι η σχέση υφέσεων και υγείας είναι αντικυκλική, δηλαδή όσο η κρίση βαθαίνει η υγεία επιδεινώνεται (αύξηση νοσηρότητας και ανισοτήτων) συνεπεία της ανεργίας, της υποαπασχόλησης, της εργασιακής ανασφάλειας και της φτώχειας. Αυξάνεται επίσης η πίεση προς τα δημόσια συστήματα υγείας, τα οποία καλούνται να ανταποκριθούν στη αυξανόμενη ζήτηση για δωρεάν δημόσιες υπηρεσίες ως επακόλουθο της μείωσης του εισοδήματος και της απώλειας των ασφαλιστικών καλύψεων των νοικοκυριών, με μειωμένους πόρους (ανθρώπινους, οικονομικούς, υλικούς) λόγω των περιοριστικών δημοσιονομικών πολιτικών που εφαρμόζονται. Η άλλη ομάδα, υποστηρίζει ότι η σχέση υφέσεων και υγείας είναι προκυκλική, όσο η κρίση βαθαίνει, όλο και περισσότερα άτομα υιοθετούν υγιεινές συμπεριφορές (μείωση καπνίσματος, οίνοπνεύματος, υπερκατανάλωσης τροφής λόγω μειωμένου εισοδήματος, περισσότερος χρόνος για φυσική άσκηση), παρουσιάζουν λιγότερο εργασιακό στρες και ατυχήματα, έτσι η υγεία βελτιώνεται και η χρήση των υπηρεσιών υγείας μειώνεται. Πιο κάτω γίνεται αναφορά σε τρία παραδείγματα βαθιών οικονομικών υφέσεων του 20^{ου} αιώνα και των επιδράσεων τους στον τομέα της υγείας.

3.3.1 Η Μεγάλη Ύφεση του 1929

Κατά την διάρκεια της Μεγάλης Ύφεσης του 1929 στις Η.Π.Α, προκειμένου να μετριασθούν οι κοινωνικές της επιπτώσεις, ο πρόεδρος Franklin Roosevelt το 1933 εφάρμοσε ένα πρόγραμμα κεϋνσιανής πολιτικής (New Deal) ανόδου των μισθών και εκτεταμένων δημοσίων επενδύσεων από το κράτος, συμπεριλαμβανομένης της δημόσιας υγείας. Το πρόγραμμα περιελάμβανε την κοινωνική και οικονομική στήριξη των ανέργων, τη μεταρρύθμιση της αγροτικής παραγωγής, την αναθεώρηση και προσαρμογή των οικονομικών εκκρεμοτήτων των πολιτών, την στήριξη των χαμηλόμισθων εργαζομένων και συνταξιούχων και τη προσαρμογή των τιμών των προϊόντων στις ανάγκες των πολιτών.^[94] Οι πρώτες μελέτες έδειξαν ότι η θνησιμότητα μειώθηκε περίπου κατά 10% σε όλες τις αμερικανικές πόλεις.^[95] Ειδικότερα, παρατηρήθηκε μείωση της θνησιμότητας από μολυσματικές ασθένειες

(πνευμονία, φυματίωση) και από τροχαία, ενώ ταυτόχρονα αυξήθηκε η θνησιμότητα από χρόνιες παθήσεις (καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνος, σακχαρώδης διαβήτης) και αυτοκτονία.^[94]

Οι Granados και Diez Rouxb (2009), μελετώντας στοιχεία της περιόδου 1920 – 1940, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η υγεία του πληθυσμού βελτιώθηκε τα πρώτα 4 χρόνια της κρίσης, με τη θνητότητα να μειώνεται σε όλες σχεδόν τις ηλικίες και το προσδόκιμο επιβίωσης να αυξάνεται κατά μερικά χρόνια. Μόνη εξαίρεση ήταν η αύξηση της θνησιμότητας από αυτοκτονίες, η οποία ευθυνόταν για λιγότερο του 2% των θανάτων από όλες τις αιτίες, ακολουθώντας την αύξηση της ανεργίας.^[96] Ωστόσο, οι Stuckler και Basu (2013), αμφισβητώντας την εγκυρότητα της πιο πάνω μελέτης, αναφέρουν πως οι περισσότερες από τις αλλαγές στα ποσοστά θνησιμότητας δεν προκλήθηκαν από την οικονομική ύφεση αυτή καθαυτή, αλλά κυρίως από τις μακροχρόνιες τάσεις που συνέτρεχαν την εποχή εκείνη ως μέρος της επιδημιολογικής μετάβασης, δηλαδή των μακροχρόνιων αλλαγών στη νοσηρότητα και την ανικανότητα που παρατηρούνται καθώς μεταβάλλεται η δημογραφική, οικονομική και κοινωνική δομή των σύγχρονων κοινωνιών.^[97] Για παράδειγμα, τα ποσοστά πνευμονίας και γρίπης σημείωσαν πτώση λόγω των βελτιώσεων στην υγιεινή, ενώ παράλληλα οι θάνατοι από καρκίνο και άλλα μη λοιμώδη νοσήματα αυξάνονταν μακροπρόθεσμα, πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την κρίση. Κατά την κρίση, η αύξηση των αυτοκτονιών αντισταθμίστηκε από τη επιδημιολογική μετάβαση και τη μείωση των θανάτων από τροχαία. Περαιτέρω, άλλοι παράγοντες, όπως η αυστηρότερη εφαρμογή του νόμου απαγόρευσης κατανάλωσης ποτού και η πολιτική του New Deal, επηρέασαν την συνολική θνητότητα.

3.3.2 Η κρίση στη Σοβιετική Ένωση

Ένα άλλο ιστορικό παράδειγμα αποτελεί η κατάρρευση της Σοβιετικής Ένωσης στις αρχές της δεκαετίας του 1990, η οποία συνοδεύτηκε με σημαντική μείωση της οικονομικής δραστηριότητας και ταχεία αύξηση της θνητότητας, έως και 20%,^[13] με κύριες αιτίες θανάτου τις καρδιαγγειακές παθήσεις, τις αυτοκτονίες, τα ατυχήματα και τις δηλητηριάσεις από οινόπνευματώδη.^[94] Η εφαρμογή ενός οικονομικού προγράμματος, γνωστό ως shock therapy, οδήγησε σε σημαντική αύξηση των τιμών των προϊόντων, σε μαζικές ιδιωτικοποιήσεις, μείωση των μισθών και των συντάξεων με αποτέλεσμα τη σημαντική αύξηση της φτώχειας.

Παράλληλα, ο ταχύτατος κοινωνικός μετασχηματισμός, ιδιαίτερα στις χώρες της Βαλτικής, οδήγησε στη διάβρωση των κοινωνικών δικτύων προστασίας.^[98] Στο πλαίσιο αυτό ήταν και η μεταρρύθμιση των εθνικών συστημάτων υγείας τύπου Semashko των εν λόγω χωρών, σε μοντέλα κοινωνικής ασφάλισης της υγείας τύπου Bismarck, με κύρια επίπτωση την απώλεια του κριτηρίου της ισοτιμίας.^[98] Οι κοινωνικοοικονομικές αλλαγές επηρέασαν περισσότερο τους άνδρες, με το προσδόκιμο επιβίωσης στη Ρωσία να μειώνεται κατά 6,8 χρόνια και στις γυναίκες κατά 3 χρόνια. Οι Stuckler et al. (2009), υποστηρίζουν ότι η ταχύτητα εφαρμογής των οικονομικών αλλαγών, ιδιαίτερα των ιδιωτικοποιήσεων και ο βαθμός προστασίας των πολιτών (έκθεση σε παράγοντες κινδύνου, κοινωνική συνοχή και κοινωνική προστασία) είναι καθοριστικοί παράγοντες της έκτασης των επιπτώσεων που προκαλούν οι οικονομικές μεταβολές στην υγεία.^[13]

3.3.3 Η κρίση στη Νοτιοανατολική Ασία

Άλλη περίπτωση, ενδεικτική των επιπτώσεων των οικονομικών μεταβολών στην υγεία, είναι η κρίση στις χώρες της Νοτιοανατολικής Ασίας το 1997, η οποία άρχισε στη Ταϊλάνδη και πολύ γρήγορα εξαπλώθηκε στις οικονομίες των γειτονικών χωρών όπως στις Φιλιππίνες, στη Νότια Κορέα, στην Ιαπωνία, στην Ινδία, στη Μαλαισία και στην Ινδονησία. Κατά την περίοδο 1997-1999 στην Ινδονησία, υπήρξε μείωση κατά 20% και 25% στην κατά κεφαλή δαπάνη για την υγεία και στη δημόσια δαπάνη υγείας, αντίστοιχα.^[98] Παράλληλα, μείωση κατά 25% κατέγραψε η πραγματική δαπάνη για φάρμακα ενώ οι τιμές των φαρμάκων αυξήθηκαν κατά 170% λόγω της υποτίμησης του τοπικού νομίσματος. Μειώσεις επίσης κατέγραψαν ο δείκτης χρήσης των υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα από τα νοικοκυριά χαμηλού εισοδήματος και η εμβολιαστική κάλυψη. Παρόμοιες τάσεις σε σχέση με τις περικοπές των δαπανών για την υγεία, και τη μειωμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας παρατηρήθηκαν και σε άλλες χώρες, ως αποτέλεσμα κυρίως των μέτρων λιτότητας από την παρέμβαση της Παγκόσμιας Τράπεζας (ΠΤ) και του Δ.Ν.Τ, με τη μορφή της επιβολής Προγραμμάτων Διαρθρωτικής Προσαρμογής τα οποία συνόδευαν το αίτημα των χωρών αυτών για χρηματοδοτική βοήθεια και δανεισμό.^[91,98]

Όσον αφορά το επίπεδο υγείας των πληθυσμών, στις περισσότερες χώρες παρατηρήθηκε μια αύξηση της συνολικής θνητότητας και κυρίως αύξηση των αυτοκτονιών. Πιο συγκεκριμένα, οι Chang et al. (2009), μελετώντας τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης κατά την περίοδο

1997-1998, χρησιμοποίησαν δεδομένα για τις αυτοκτονίες και τον πληθυσμό για το διάστημα 1985-2006.^[99] Η θνησιμότητα από τις αυτοκτονίες ελαττώθηκε στα τέλη της δεκαετίας του '80 και στις αρχές του '90, αλλά στη συνέχεια αυξήθηκε αισθητά σε όλες τις χώρες εκτός από τη Σιγκαπούρη, η οποία είχε σταθερά μειούμενα ποσοστά αυτοκτονιών. Σε σύγκριση με το 1997, τα ποσοστά αυτοκτονιών των ανδρών το 1998 αυξήθηκαν κατά 39% στην Ιαπωνία, 44% στο Χονγκ Κονγκ και 45% στην Κορέα. Η αύξηση στις αυτοκτονίες γυναικών ήταν λιγότερο αισθητή. Η οικονομική κρίση είχε ως αποτέλεσμα 10.400 περισσότερες αυτοκτονίες το 1998 σε σχέση με το 1997 στην Ιαπωνία, το Χονγκ Κονγκ και την Κορέα. Παρόμοιες αυξήσεις των αυτοκτονιών δεν καταγράφηκαν σε Ταϊβάν και Σιγκαπούρη, δύο χώρες στις οποίες η οικονομική κρίση είχε μικρότερη επίδραση στο Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ) και την ανεργία. Αύξηση επίσης κατέγραψαν τα ποσοστά HIV λοίμωξης, ελονοσίας και φυματίωσης καθώς και άλλοι δείκτες δημόσιας υγείας στην Ινδονησία και τη Ταϊλάνδη, όχι όμως τόσο στη Μαλαισία.^[100] Οι επιδημιολογικές μελέτες απέδωσαν αυτές τις επιπτώσεις στη γρήγορη και μεγάλη αύξηση της ανεργίας και στη μείωση του εισοδήματος των πολιτών.^[94,100] Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει το παράδειγμα της Μαλαισίας, η κυβέρνηση της οποίας αρνήθηκε την επέμβαση του ΔΝΤ, διατήρησε και αύξησε τις κοινωνικές δαπάνες και τις δαπάνες υγείας, πέτυχε πρωτογενές πλεόνασμα και μείωσε τις αρνητικές συνέπειες της κρίσης στον τομέα της υγείας.^[91]

3.4 Σύγχρονα Εμπειρικά Δεδομένα

3.4.1 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών

Η ποσοτικοποίηση των επιπτώσεων στον τομέα της υγείας από την πρόσφατη παγκόσμια οικονομική κρίση είναι πολύ δύσκολη λόγω έλλειψης επαρκώς επικαιροποιημένων και σχετικών δεδομένων.^[101] Μερικές χώρες καθυστερούν να δημοσιεύσουν δεδομένα ακόμα και για βασικούς δείκτες, όπως η θνητότητα, η νοσηρότητα και η χρήση των υπηρεσιών υγείας, καθιστώντας αδύνατη τη εξαγωγή ασφαλών και έγκαιρων συμπερασμάτων. Ωστόσο, οι άμεσες επιπτώσεις είναι ήδη ορατές, ιδίως στις χώρες που πλήττονται περισσότερο από την κρίση.

Τα μέχρι τώρα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι οικονομικές υφέσεις σχετίζονται με αρνητικές εκβάσεις για κάποιους, αλλά όχι για όλους, τους δείκτες υγείας.^[89] Κατά τη διάρκεια των υφεσιακών περιόδων, η ψυχική υγεία φαίνεται να επιδεινώνεται και τα λοιμώδη νοσήματα να

παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα εμφάνισης, αλλά την ίδια περίοδο οι θάνατοι από τροχαία μειώνονται. Επίσης, υπάρχουν λιγότερο συγκλίνουσες ενδείξεις όσον αφορά τη σχέση οικονομικών συνθηκών και συνολικών εκβάσεων υγείας, όπως της θνησιμότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.^[102]

Η συντριπτική πλειοψηφία των μελετών σε ατομικό επίπεδο δείχνει ότι η οικονομικές κρίσεις αυξάνουν τη θνησιμότητα. Οι Roelfs et al. (2011), σε μια μεγάλη μετα-ανάλυση τέτοιων μελετών, βρήκαν ότι ο κίνδυνος θανάτου ήταν σημαντικά μεγαλύτερος μεταξύ των ανέργων σε σχέση με αυτούς που παρέμειναν στην εργασία.^[103] Συνολικά, τα αποτελέσματα των 260 μελετών που περιλαμβάνονται στη μετα-ανάλυση δείχνουν ότι η ανεργία συνδέεται με 63% υψηλότερο κίνδυνο θνησιμότητας, ο οποίος ήταν μεγαλύτερος στους άνδρες, στα άτομα σε ηλικία εργασίας και στις μελέτες με περίοδο παρακολούθησης (follow-up) μικρότερη των 10 ετών.

Όσον αφορά την επίδραση στην συνολική θνησιμότητα, υπάρχει μια σαφής διάκριση – διχοτομία μεταξύ των μελετών σε ατομικό και συνολικό (aggregate) επίπεδο. Ενώ οι μελέτες σε ατομικό επίπεδο δείχνουν ότι η ανεργία συνδέεται με υψηλότερη θνησιμότητα, η πλειοψηφία των μελετών σε συνολικό επίπεδο δείχνει το αντίθετο. Σε μια σειρά μελετών, πριν την τρέχουσα ύφεση, ο Ruhm έχει δείξει ότι μια αύξηση 1% του ποσοστού ανεργίας συνδέεται με μείωση 0,54% της συνολικής θνησιμότητας.^[10] Επιπλέον, η σχέση ήταν συνεπής για μια σειρά σημαντικών αιτιών θνησιμότητας, συμπεριλαμβανομένων των καρδιαγγειακών και αναπνευστικών παθήσεων, και ιδιαίτερα των τροχαίων. Αξιοσημείωτη εξαίρεση είναι η θνησιμότητα από τις αυτοκτονίες που φαίνεται να αυξάνεται με την αύξηση της ανεργίας. Σε παρόμοια συμπεράσματα, δηλαδή ότι η θνησιμότητα μειώνεται στις πλούσιες χώρες κατά τις υφεσιακές περιόδους, κατέληξε και ο Bezruchka (2009).^[11]

Ωστόσο, πιο πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η σχέση συνολικής θνησιμότητας και ανεργίας είναι στατιστικά μη σημαντική.^[92,104] Πιο συγκεκριμένα, έρευνα από τους Stuckler et al. (2009) με δεδομένα από 26 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη περίοδο 1970 – 2007, έδειξε ότι η αύξηση της ανεργίας δεν συνδέεται με τη συνολική θνησιμότητα, καθώς τα ευρήματα της ανάλυσης δεν ήταν στατιστικά σημαντικά.^[92] Η εν λόγω μελέτη έδειξε επίσης ότι αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνδέεται με μείωση της θνησιμότητας από τροχαία κατά 1,39%, γεγονός όμως που αντισταθμίστηκε από την αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79%

και των ανθρωποκτονιών επίσης κατά 0,79%, ενώ, αν η ανεργία αυξηθεί για μακρά περίοδο πάνω από 3%, η θνησιμότητα από αυτοκτονίες ανέρχεται σε 4 – 4,5%. Επίσης, ο Ruhm (2013), χρησιμοποιώντας νεότερα δεδομένα, διαπίστωσε ότι η συνολική θνησιμότητα με την πάροδο του χρόνου δεν είναι πλέον προ-κυκλική, αλλά φαίνεται να μη σχετίζεται με τις μακροοικονομικές συνθήκες, αντανακλώντας τις αλλαγές συγκεκριμένων αιτιών θανάτου.^[104] Οι θάνατοι από καρδιαγγειακές παθήσεις και τροχαία εξακολουθούν να είναι προ-κυκλικοί, ενώ οι θάνατοι από καρκίνο και δηλητηριάσεις έχουν γίνει αντι-κυκλικοί.

Τα εμπειρικά δεδομένα από μελέτες που διερευνούν την επίδραση της ανεργίας στη συμπεριφορά υγείας είναι επίσης αντιφατικά. Όσον αφορά την κατανάλωση οινοπνεύματος, οι περισσότερες από τις παλαιότερες μελέτες, δείχνουν ότι η ανεργία σχετιζόταν με λιγότερη κατά κεφαλή κατανάλωση οινοπνεύματος και λιγότερους θανάτους από τροχαία λόγω οινοπνεύματος.^[102] Ωστόσο, πρόσφατες μελέτες από τις Η.Π.Α δείχνουν ότι η ανεργία σχετίζεται θετικά με την κατανάλωση οινοπνεύματος, με την οδήγηση υπό την επήρεια οινοπνεύματος και με τη κατάχρηση – εξάρτηση από οινοπνευματώδη.^[105] Άλλες πάλι μελέτες δείχνουν ότι η συνολική κατανάλωση οινοπνεύματος φαίνεται να μειώνεται κατά την ύφεση, λόγω οικονομικής αδυναμίας εξασφάλισης του, αλλά αυξάνεται η επικίνδυνη κατανάλωση από αυτούς που είναι ήδη σε κίνδυνο, ιδιαίτερα στους νεαρούς άνδρες.^[90,101,106] Σχετικά με το κάπνισμα, σε μελέτες στην Ισλανδία και στην Ελλάδα μετά την έναρξη της κρίσης, καταγράφεται μείωση τόσο στον επιπολασμό του καπνίσματος όσο και στη μέση ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων, ακολουθώντας τη μείωση του εισοδήματος.^[102,107] Σε αντίθεση με το κάπνισμα, οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι οι δυσμενείς οικονομικές συνθήκες, ιδιαίτερα η ανεργία, οδηγούν σε αντικοινωνικές συμπεριφορές όπως η βία και η κατάχρηση ουσιών. Οι Kondilis et al. (2013) αναφέρουν ότι στην Ελλάδα κατά την περίοδο 2008 – 2010, καταγράφηκε αύξηση των χρηστών ουσιών κατά 11,6%, η δε αύξηση στην ηλικιακή ομάδα των 35 – 64 χρόνων ανερχόταν στο 88,2%, υποδηλώνοντας το πιθανότερο υποτροπές παρά νέες περιπτώσεις, αφού ο μέσος όρος έναρξης ενδοφλέβιας χρήσης το 2010 υπολογίστηκε στα 22,4 χρόνια.^[12]

Όσον αφορά τα δεδομένα για τη σχέση μεταξύ υφέσεων και χρόνιων παθήσεων, φαίνεται να έχουν σημαντικούς μεθοδολογικούς περιορισμούς.^[90] Δεδομένου ότι οι παθήσεις αυτές και οι εξάρσεις τους για να εκδηλωθούν χρειάζονται μακρά χρονική περίοδο, οι μελέτες που διερεύνησαν αυτή την σχέση δεν έχουν αναδείξει ισχυρή ένδειξη ότι αυτές επηρεάζονται από

τις υφέσεις. Τα υπάρχοντα δεδομένα υποστηρίζουν ότι για παθήσεις που σχετίζονται με συμπεριφορές υγείας, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο διαβήτης, η μακροχρόνια ανεργία και η ύφεση, μπορούν να έχουν αρνητικές εκβάσεις. Εστιάζοντας στις καρδιαγγειακές παθήσεις, πρόσφατη μετα-ανάλυση έδειξε ότι η εργασιακή ανασφάλεια συνδέεται με υψηλότερη (1,19 φορές) πιθανότητα στεφανιαίας νόσου.^[108] Πέραν των συμπεριφορών, η απώλεια ασφαλιστικής κάλυψης της υγείας θα μπορούσε να είναι άλλος ένας μηχανισμός με τον οποίο οι υφέσεις επιδρούν σε αυτές τις παθήσεις.

Όσον αφορά τα λοιμώδη νοσήματα, η συντριπτική πλειοψηφία των μελετών δείχνει αύξηση της νοσηρότητας από αυτά, λόγω κυρίως της επιδείνωσης των συνθηκών διαβίωσης, της μειωμένης πρόσβασης σε θεραπείες, της μειωμένης συμμόρφωσης για θεραπεία^[109] και της κατάρρευσης των υποδομών της δημόσιας υγείας, όπως προγραμμάτων εμβολιασμών, ψεκασμών και αντιβιοτικής προφύλαξης, από την λιτότητα ή την πολιτική αστάθεια.^[90] Ιδιαίτερα σε κάποιες χώρες που επλήγησαν περισσότερο από την κρίση και τα μέτρα λιτότητας, σειρά μελετών έχει δείξει αύξηση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας από λοιμώδη νοσήματα. Πιο συγκεκριμένα, στην Ελλάδα καταγράφει υψηλή θνησιμότητα από την πανδημική γρίπη H1N1 το 2009, μεγάλη αύξηση των ασθενών με φυματίωση, αύξηση των μολύνσεων από τον ιό του Δυτικού Νείλου και της ενδημικής ελονοσίας καθώς και δραματική αύξηση του αριθμού των νέων HIV περιπτώσεων μεταξύ των ενδοφλέβιων χρηστών ναρκωτικών ουσιών, που φαίνεται να οφείλεται στην μειωμένη χρηματοδότηση προγραμμάτων πρόληψης (όπως μείωση συριγγών και προφυλακτικών που διανέμονταν στους ναρκομανείς).^[12,15,101,110,111] Σε αντίθεση με την Ελλάδα, σε κάποιες άλλες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α η οικονομική κρίση είχε σαν αποτέλεσμα τη μείωση των θανάτων από γρίπη και πνευμονία.^[109]

Όπως φαίνεται από τον αριθμό των σύγχρονων δημοσιευμένων μελετών που διερευνούν τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης - ύφεσης στον τομέα της υγείας, το μεγαλύτερο ενδιαφέρον προκαλεί η ψυχική υγεία. Πληθώρα μελετών, τόσο σε ατομικό όσο και σε συνολικό επίπεδο, δείχνει ότι υπάρχει ισχυρή και συνεπής συσχέτιση μεταξύ υφέσεων, ειδικότερα της ανεργίας και της επιδείνωσης της ψυχικής υγείας, μέσα από την αύξηση των αυτοκτονιών, ιδιαίτερα μεταξύ των νεαρών ανδρών.^[90,102] Σε πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση των Milner et al. (2013) βρέθηκε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ μακροχρόνιας ανεργίας και μεγαλύτερης συχνότητας της αυτοκτονίας (1,7 φορές) και της

αυτοκτονικότητας (πρόθεση και απόπειρες), με τον κίνδυνο να είναι μεγαλύτερος στα πρώτα 5 χρόνια και να παραμένει σε χαμηλότερο αλλά αυξημένο επίπεδο μέχρι και 16 χρόνια μετά την απώλεια εργασίας.^[111] Σειρά επίσης μελετών στις Η.Π.Α, στο Ηνωμένο Βασίλειο, στην Ιταλία και στην Ελλάδα έχει δείξει σημαντική αύξηση των αυτοκτονιών λόγω της επιδείνωσης των οικονομικών συνθηκών.^[12,110,112] Την ίδια στιγμή, κάποια από αυτά τα αρχικά αποτελέσματα έχουν επικριθεί ως δυνητικά παραπλανητικά.^[113] Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός, ότι σε χώρες όπως η Φιλανδία και η Σουηδία, με ισχυρά δίκτυα κοινωνικής ασφάλειας και προγράμματα κοινωνικών παροχών με περισσότερη ισοτιμία μεταξύ ανδρών και γυναικών, καταγράφεται μικρότερη αύξηση των αυτοκτονιών κατά την διάρκεια υφεσιακών περιόδων και υψηλής ανεργίας.^[90] Επιπρόσθετα, ενεργά προγράμματα επιδότησης στην αγορά εργασίας που στοχεύουν στην γρήγορη επανένταξη των νέων ανέργων στο εργατικό δυναμικό, συμβάλλουν σημαντικά στη μείωση των αυτοκτονιών.^[92,97] Πέραν όμως των αυτοκτονιών, αύξηση παρουσιάζει και η νοσηρότητα από μείζονα κατάθλιψη, αγχώδη συνδρομή και διαταραχών που σχετίζονται με την κατανάλωση οινόπνευματος,^[102] ενώ πρόσφατη μελέτη στην Ελλάδα έχει αναδείξει σειρά αρνητικών επιπτώσεων στη ψυχική υγεία των παιδιών και των εφήβων.^[114]

3.4.2 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας

Οι εμπειρίες του παρελθόντος έχουν δείξει ότι οι οικονομικές κρίσεις μπορούν να απειλήσουν το επίπεδο υγείας των πολιτών και την λειτουργία των συστημάτων υγείας. Η μείωση του Α.Ε.Π, η αύξηση της ανεργίας και η αυξανόμενη οικονομική πίεση και ανασφάλεια των νοικοκυριών ως επακόλουθα της κρίσης, αυξάνουν την νοσηρότητα και οδηγούν σε αύξηση των αναγκών για υγειονομική φροντίδα, αλλά την ίδια ώρα η κρίση κάνει την πρόσβαση στην αναγκαία φροντίδα δυσκολότερη.^[7] Παράλληλα, η κρίση αυξάνει τη δημοσιονομική πίεση, περιορίζει τους κρατικούς πόρους και συχνά μειώνει τη δημόσια δαπάνη για την υγεία, την ώρα που όλο και περισσότεροι πολίτες βασίζονται σε μεγαλύτερο βαθμό στις χρηματοδοτούμενες από το κράτος, δωρεάν ή με μειωμένα τέλη, υπηρεσίες υγείας. Ακόμη, η δημοσιονομική πίεση, εάν δεν αντιμετωπισθεί σωστά, εκτός των αρνητικών εκβάσεων στην υγεία, μπορεί να υπονομεύσει την οικονομική προστασία, την ισότητα στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, την ισότητα στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, την ικανοποίηση των ασθενών, τη διαφάνεια και τη λογοδοσία στο σύστημα.^[7]

Ο αντίκτυπος της πρόσφατης κρίσης δεν ήταν ο ίδιος για όλες τις χώρες, ούτε για όλα τα συστήματα υγείας.^[1] Η κρίση χρέους στην Ευρώπη, οδήγησε σειρά κρατών στη υιοθέτηση εθνικών πακέτων δημοσιονομικής λιτότητας και σε σημαντικές περικοπές των προϋπολογισμών, ιδιαίτερα στο πλαίσιο των προϋποθέσεων - όρων (conditionalities) που συνόδευαν προγράμματα οικονομικής προσαρμογής από την Τρόικα, όπως στην περίπτωση της Ελλάδας, της Ιρλανδίας, της Πορτογαλίας, της Ισπανίας και της Κύπρου.^[2] Ο τομέας της υγείας αποτέλεσε τον εύκολο στόχο για περιορισμό του κόστους λόγω του μεγέθους και της δυνατότητας για βελτίωση της αποτελεσματικότητας του.^[115] Η έναρξη της κρίσης βρήκε κάποια συστήματα υγείας, ιδιαίτερα αυτά με επαρκείς μηχανισμούς χρηματοδότησης, πολύ καλύτερα προετοιμασμένα ως προς την αντιμετώπιση της δημοσιονομικής πίεσης.^{vii} Κάποια άλλα αναγκάστηκαν να εφαρμόσουν σημαντικές και, σε ορισμένες περιπτώσεις, επίπονες μεταρρυθμίσεις σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα.^[86]

3.4.2.1 Απαντήσεις πολιτικής

Πέραν της προετοιμασίας, εξίσου σημαντικές είναι και οι πολιτικές απαντήσεις (δημοσιονομικές και πολιτικής υγείας) στην κρίση, οι οποίες ποικίλουν από χώρα σε χώρα και ήταν αποτέλεσμα όχι μόνο των περιορισμών που έθεσαν οι οικονομικές συνθήκες αλλά κυρίως πολιτικών επιλογών και αποφάσεων.^[91] Οι χώρες της Ευρώπης και του Ο.Ο.Σ.Α υιοθέτησαν ένα μεγάλο εύρος διαφορετικών στρατηγικών και εργαλείων πολιτικής, που σε γενικές γραμμές περιελάμβαναν:^[102]

- Αλλαγές στη δημόσια χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, όπως αύξηση των εσόδων από τη φορολογία, τα ασφάλιστρα και τις εισφορές
- Μειώσεις στη κάλυψη, όπως κριτήρια επιλεξιμότητας για ομάδες πληθυσμού ή η επιβολή – αύξηση συμπληρωμών
- Περικοπές τιμών στη χρηματοδοτούμενη από το δημόσιο φροντίδα υγείας, όπως μειώσεις στις τιμές ιατρικών προϊόντων και περικοπές μισθών

^{vii} Στη βιβλιογραφία αναφέρεται αριθμός παραγόντων οι οποίοι αυξάνουν την ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας, Αυτοί είναι: οι αντικυκλικές δημοσιονομικές πολιτικές ιδιαίτερα οι αντικυκλικές δημόσιες δαπάνες για την υγεία και άλλες μορφές κοινωνικής προστασίας, οι επαρκείς δημόσιες δαπάνες υγείας, τα μη σημαντικά κενά στην υγειονομική κάλυψη, τα σχετικά χαμηλά επίπεδα άμεσων πληρωμών, η καλή γνώση των αναγκαίων μεταρρυθμίσεων, η πληροφόρηση σχετικά με τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας των διαφόρων υπηρεσιών και παρεμβάσεων, οι σαφείς προτεραιότητες και η πολιτική βούληση για αντιμετώπιση των ανεπαρκειών και κινητοποίηση εσόδων προς τον τομέα της υγείας.^[7]

- Μείωση της προσφοράς υπηρεσιών, μέσω μειώσεων κλινών, προσωπικού ή συγχωνεύσεων νοσοκομειακών μονάδων και κλινικών
- Διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις με στόχο την αλλαγή κινήτρων στο σύστημα ή στις διαπραγματεύσεις τιμών.

Πολλά από τα πιο πάνω μέτρα κινήθηκαν προς την ορθή κατεύθυνση, προάγοντας τους στόχους των συστημάτων υγείας με κοινωνικό προσανατολισμό.^[91] Αυτά είναι μεταξύ άλλων η συνολοποίηση των κινδύνων, η σύναψη συμβάσεων με ενδυνάμωση της λογοδοσίας με τη χρήση δεικτών, ο προσδιορισμός προτεραιοτήτων με διαφάνεια, ο έλεγχος των επενδύσεων σε υποδομές και βιοϊατρική τεχνολογία, η μείωση τιμών των φαρμάκων, ο έλεγχος της συνταγογράφησης, οι επενδύσεις στην ηλεκτρονική υγεία, η υποκατάσταση υπηρεσιών, ο συντονισμός, η συνέχεια και η διασύνδεση υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, η μείωση του διοικητικού κόστους και τα μέτρα ενίσχυσης της οικονομικής προστασίας των πιο αδύνατων. Αντίθετα, κάποια μέτρα υποσκάπτουν τους στόχους των συστημάτων, όπως η μείωση της δημόσιας δαπάνης υγείας, ο περιορισμός των καλυπτόμενων κινδύνων και του καλυπτόμενου πληθυσμού, η αύξηση συμμετοχής στο κόστος παροχής υπηρεσιών και οι μειώσεις μισθών στον τομέα της υγείας.

3.4.2.2 Επιπτώσεις στη χρήση υπηρεσιών υγείας

Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι η οικονομική ύφεση οδηγεί σε μειωμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας, γεγονός το οποίο μπορεί να έχει μακροχρόνιες επιπτώσεις οι οποίες δεν είναι ακόμα εμφανείς, ωστόσο η σχέση δεν είναι απολύτως σαφής.^[102] Από τη μία, η οικονομική ύφεση μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένες ανάγκες φροντίδας υγείας, ιδίως σε τομείς όπως της ψυχικής υγείας, οι οποίες με τη σειρά τους μπορούν να οδηγήσουν σε αύξηση της χρήσης των υπηρεσιών. Από την άλλη, το μειωμένο εισόδημα μπορεί να έχει μια αντισταθμιστική επίδραση, ιδίως σε συστήματα υγείας όπου υπάρχουν σημαντικές συμπληρωμές ή όπου η ασφάλιση υγείας είναι εθελοντική ή εξαρτώμενη από την εργασία. Σε γενικές γραμμές, τα εμπειρικά στοιχεία δείχνουν ότι η ανεργία οδηγεί σε μειωμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας, τόσο των προληπτικών (προγράμματα ανίχνευσης καρκίνου όπως μαστογραφίες και κολοσκοπήσεις, εμβολιασμοί, οδοντιατρική φροντίδα), όσο και των συνήθων – διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών (ιατρικές επισκέψεις, CT και MRI εξετάσεις, κάποιες χειρουργικές επεμβάσεις), με το ύψος των συμπληρωμών και τη μείωση

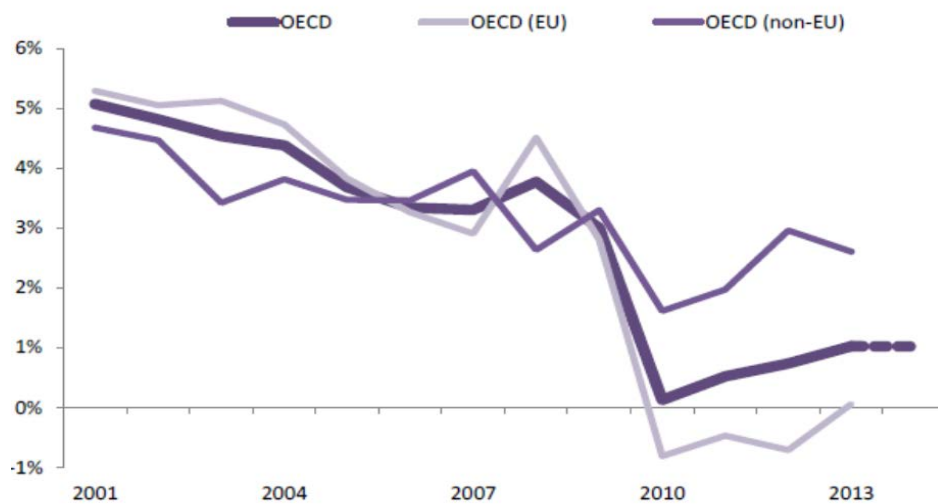
του πλούτου να είναι οι κύριοι προσδιοριστές της μείωσης.^[102] Αυτό δημιουργεί μια κατάσταση όπου εκείνοι που έχουν την μεγαλύτερη ανάγκη για φροντίδα υγείας, είναι αυτοί που πιθανότερο δεν θα την έχουν, εκτός εάν εφαρμοστούν αντικυκλικές κοινωνικές πολιτικές που να προστατεύουν αυτούς που πλήγηκαν περισσότερο από την κρίση. Σε αντίθεση με τα πιο πάνω, μελέτες στην Ελλάδα δείχνουν ότι η χρήση της δημόσιας νοσηλείας και των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας αυξήθηκε κατά 6,2% και 21,9% αντίστοιχα, κατά την περίοδο 2009 – 2011.^[12] Τα διεθνή δεδομένα επίσης δείχνουν αύξηση των συνταγογραφήσεων και της κατανάλωσης φαρμάκων.^[116] Όσον αφορά τις συνολικές εισαγωγές στα νοσοκομεία, πρόσφατη μελέτη σε χώρες του Ο.Ο.Σ.Α δείχνει αυτές να μειώνονται, ενώ αύξηση παρουσιάζουν οι εισαγωγές για περιστατικά ψυχικής υγείας και σχετιζόμενα με το οινόπνευμα.^[102] Η οικονομική κρίση και η απώλεια του εισοδήματος μπορούν ακόμη να οδηγήσουν σε αύξηση των ανικανοποίητων αναγκών υγείας, ιδιαίτερα μεταξύ των χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών ομάδων.^[117] Για τον πληθυσμό στο σύνολο του, η αύξηση ήταν πιο αισθητή στην Ελλάδα και την Λετονία, ενώ οι ανικανοποίητες ανάγκες που περιλαμβάνουν την οικονομική προσιτότητα (affordability) ή τη μη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών ως λόγους για τους οποίους οι άνθρωποι δεν λαμβάνουν φροντίδα (enforced unmet needs), έχουν αυξηθεί μετά την κρίση σε αριθμό χωρών. Το γεγονός αυτό είναι ανησυχητικό, δεδομένου ότι παραπέμπει σε συνέπειες των μέτρων εξοικονόμησης του κόστους όσον αφορά την πρόσβαση.^[5]

3.4.2.3 Επιπτώσεις στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας

Η εξασφάλιση επαρκούς δημόσιας χρηματοδότησης για την υγεία με τέτοιο τρόπο ώστε να μην επιβαρύνει άδικα τα νοικοκυριά, είναι απαραίτητη για τη διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης στις αναγκαίες υπηρεσίες υγείας. Σε πολλές χώρες ο εθνικός προϋπολογισμός για την υγεία μειώθηκε ως αποτέλεσμα της κρίσης, λόγω της μείωσης των κρατικών εσόδων και των εσόδων της κοινωνικής ασφάλισης από την αύξηση της ανεργίας, αλλά και των εφαρμοσμένων πολιτικών δημοσιονομικής λιτότητας για μείωση των κυβερνητικών εξόδων. Στα συστήματα όπου η ασφάλιση συνδέεται με την απασχόληση, η μεγαλύτερη ανεργία οδηγεί σε μικρότερη ασφαλιστική κάλυψη, η οποία με τη σειρά της, οδηγεί σε λιγότερη πρόσβαση, χρήση και κατανάλωση υπηρεσιών υγείας. Σε άλλα συστήματα, όπου οι συμπληρωμές κατέχουν σημαντικό μέρος στη χρηματοδότηση, η δαπάνη για την υγεία

μειώνεται, καθώς τα νοικοκυριά μειώνουν την κατανάλωση υγείας λόγω των μειωμένων εισοδημάτων τους και της επικρατούσας εργασιακής και οικονομικής ανασφάλειας.

Ένα χρόνο μετά την έναρξη της κρίσης, η αυξητική τάση της δαπάνης για την υγεία έχει επιβραδυνθεί σημαντικά στις περισσότερες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α και της Ε.Ε, ύστερα από σειρά ετών συνεχούς αύξησης περίπου 4,7% ετησίως (διάγραμμα 3.1) Αυτό οφείλεται σε περικοπές στους μισθούς και στο εργατικό δυναμικό του τομέα της υγείας, σε μειώσεις των αμοιβών που καταβάλλονται σε παρόχους υπηρεσιών υγείας, στις χαμηλότερες τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων και στην αυξημένη συμμετοχή του ασφαλισμένου.^[117] Πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι η δαπάνη αυξάνεται και πάλι, αλλά με ρυθμούς πολύ πιο χαμηλούς από τα προ την κρίση επίπεδα, ενώ παραμένει αρνητική σε αριθμό χωρών της Ε.Ε.^[118]

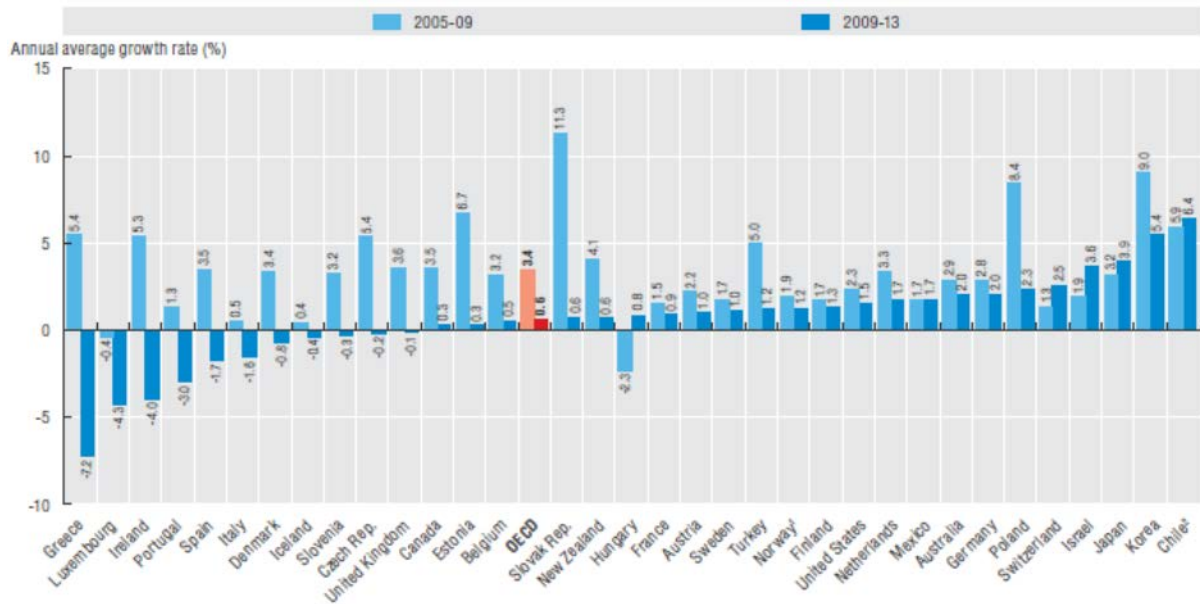


Διάγραμμα 3.1: Εξέλιξη της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας 2001 – 2014 (% μεταβολή σε σχέση με προηγούμενο έτος)

Πηγή: OECD Health statistics, 2015.

Οι χώρες που επλήγησαν περισσότερο από την κρίση βίωσαν και τις μεγαλύτερες περικοπές των δαπανών υγείας (εικόνα 3.1). Η πτώση του ΑΕΠ που σημειώθηκε κατά την περίοδο 2008 - 2010 και ο ρυθμός αύξησης της δαπάνης πριν την κρίση, ήταν ισχυροί προγνωστικοί δείκτες των περικοπών. Κατά μέσο όρο, μια πτώση 1% στο ΑΕΠ και στο ρυθμό αύξησης είχε σαν αποτέλεσμα πτώση 1,38% και 0.9% αντίστοιχα στις δαπάνες υγείας.^[102] Ενδεικτικά αναφέρεται ότι η συνολική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα ανήλθε στο 8,65% του Α.Ε.Π το

2013, έναντι 9,76% το 2009.^[119] Στην Κύπρο, η αντίστοιχη δαπάνη ανήλθε στο 6,4% το 2014, σε σχέση με 6,7% το 2013, 6,6% το 2012 και 6,8% το 2011.^[120]



Διάγραμμα 3.2: Μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας, σε πραγματικούς όρους, 2005 – 2013 (ή το πλησιέστερο έτος) στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α

Πηγή: OECD Health statistics, 2015.

4. ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

4.1 Εισαγωγή

Το σύστημα υγείας της Κύπρου αποτελείται από δύο παράλληλους και περίπου ίσου μεγέθους τομείς παροχής υπηρεσιών: τον δημόσιο και τον ιδιωτικό.^[121] Ο δημόσιος τομέας, ο οποίος χαρακτηρίζεται από αρκετά συγκεντρωτική δομή, δεν προσφέρει καθολική κάλυψη και τυγχάνει διαχείρισης από το Υπουργείο Υγείας, το οποίο είναι υπεύθυνο για το σχεδιασμό, την οργάνωση, την διοίκηση και την ρύθμιση των υπηρεσιών υγείας.^[122] Ο ιδιωτικός τομέας είναι ανεξέλεγκτος, κατακερματισμένος και όχι προσβάσιμος από όλο τον πληθυσμό.^[123] Σύμφωνα με το ισχύον νομικό πλαίσιο, 80% του κυπριακού πληθυσμού δικαιούται δωρεάν ή με μειωμένα τέλη περίθαλψη στο δημόσιο σύστημα, παρόλο που η κυβέρνηση χρηματοδοτεί μόνο το 46% (2012) των συνολικών δαπανών υγείας. Το χαμηλό επίπεδο δημοσίων δαπανών σε σχέση με τις συνολικές δαπάνες υγείας οφείλεται κατά κύριο λόγο στην απουσία εθνικού υγειονομικού συστήματος καθολικής κάλυψης, στη νεανική σύνθεση του πληθυσμού, στη χαμηλή δαπάνη για ιατρική έρευνα και στην αναποτελεσματικότητα του υφιστάμενου συστήματος, που προσφέρει δυνατότητες στον ιδιωτικό τομέα να υποκαθιστά την δημόσια παροχή υπηρεσιών υγείας, ακόμη και όταν αυτή προσφέρεται δωρεάν.^[124] Αυτά έχουν ως αποτέλεσμα μεγάλος αριθμός πολιτών να αναζητεί υπηρεσίες υγείας στον ιδιωτικό τομέα.^[125]

Το υφιστάμενο δημόσιο σύστημα χρηματοδοτείται αποκλειστικά από τον κρατικό προϋπολογισμό (γενική φορολογία), η δε παροχή των υπηρεσιών του γίνεται μέσω ενός δικτύου νοσοκομείων και κέντρων υγείας.^[122] Σε αντίθεση, το ιδιωτικό σύστημα χρηματοδοτείται κυρίως από τις άμεσες πληρωμές που καταβάλλουν οι πολίτες από την τσέπη τους (out of pocket). Στο προτεινόμενο Γενικό Σχέδιο Υγείας (ΓΕΣΥ), προβλέπεται ότι η γενική φορολογία θα συμπληρωθεί με εισφορές από εργοδότες (κράτος και ιδιώτες), εργαζόμενους, αυτοαπασχολούμενους και συνταξιούχους. Τα χρήματα θα συλλέγονται σε ένα κεντρικό ταμείο το οποίο θα χρηματοδοτεί τόσο τις υπηρεσίες υγείας του δημοσίου όσο και του ιδιωτικού τομέα. Την διαχείριση του ταμείου θα έχει ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (Ο.Α.Υ).

4.2 Δομή και Οργάνωση του Υφιστάμενου Συστήματος Υγείας

Η Κύπρος, παρά του μικρού της μεγέθους και της καλής της οικονομίας μέχρι πρότινος, στερείται ενός καθολικού συστήματος υγείας. Το υφιστάμενο σύστημα έχει χαρακτηριστεί στο παρελθόν από πολλούς μελετητές ως απαρχαιωμένο και ανεπαρκές σε θέματα οργάνωσης και διαχείρισης.^[121,126] Η ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα χωρίς αποτελεσματικούς μηχανισμούς ελέγχου και χωρίς τον συντονισμό με το δημόσιο σύστημα υγείας, έχει σαν αποτέλεσμα την δημιουργία διπλών αχρείαστων υποδομών, τη σπατάλη πόρων και την κακή ποιότητα των υπηρεσιών.^[126,127] Κύρια, επίσης, χαρακτηριστικά είναι η απουσία οργανωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας, η συγκέντρωση εξουσιών στο Υπουργείο Υγείας και η έλλειψη αποτελεσματικών μηχανισμών πληρωμών και παρακολούθησης, η οποία συμβάλλει σε ανισότητες στην πρόσβαση και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.^[129]

Το Υπουργείο Υγείας είναι οργανωμένο σε διάφορες διευθύνσεις – τμήματα, όπως Ιατρικών Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, Νοσηλευτικής, Φαρμακευτικής, Οδοντιατρικής, Κρατικού Χημείου και Αγορών και Προμηθειών. Σύμφωνα με την ιστοσελίδα του Υπουργείου, αυτό είναι «υπεύθυνο για τον προγραμματισμό, την οργάνωση, την διοίκηση και τη νομοθέτηση του τομέα της υγείας, καθώς επίσης και για τη παροχή υπηρεσιών από κέντρα υγείας και νοσοκομεία τα οποία είναι υπό τον άμεσο έλεγχό του, υπό τη μορφή πρωτοβάθμιας φροντίδας, εξειδικευμένων υπηρεσιών, διαγνωστικών εξετάσεων, παραϊατρικών υπηρεσιών, επειγόντων υπηρεσιών, νοσοκομειακής φροντίδας, φαρμακευτικής φροντίδας, οδοντιατρικής φροντίδας, υπηρεσιών αποκατάστασης και κατ' οίκον φροντίδας».^[122] Η Διεύθυνση και Διοίκηση του Τμήματος Ιατρικών Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου είναι η καθ' ύλη αρμόδια για την παρακολούθηση, τον έλεγχο, το συντονισμό και διασφάλιση της λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων και κέντρων υγείας καθώς και για θέματα Δημόσιας Υγείας και εκπαίδευσης του ιατρικού προσωπικού.^[129] Το Υπουργείο είναι επίσης υπεύθυνο για την επίβλεψη, νομοθετική ρύθμιση και αδειοδότηση των ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών. Κάτω από την εποπτεία του Υπουργείου, βρίσκονται ακόμη, ο Ο.Α.Υ, το Αντιναρκωτικό Συμβούλιο Κύπρου, η Επιτροπή Εποπτείας Ψυχικά Ασθενών και η Επιτροπή Δικαιωμάτων των Ασθενών.

Το σύστημα διοίκησης του Υπουργείου Υγείας είναι αρκετά συγκεντρωτικό, χαρακτηριστικό της ευρύτερης δημόσιας υπηρεσίας της Κύπρου, γεγονός το οποίο κατά καιρούς έχει γίνει αντικείμενο μελετών, συζητήσεων και αντιπαραθέσεων. Οι διευθύνσεις των δημόσιων υπηρεσιών υγείας (νοσοκομείων και κέντρων υγείας) δεν έχουν καμία διοικητική ή οικονομική αυτονομία. Οι διευθυντές των νοσοκομείων διορίζονται από το Υπουργείο και είναι ιατροί, συνήθως γενικής ιατρικής με κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο σε θέματα διοίκησης ή δημόσιας υγείας και συχνά, χαμηλότερης βαθμίδας – κλίμακας (A15) από τους διευθυντές των κλινικών (A16). Ο άμεσος έλεγχος των διοικήσεων των δημοσίων νοσοκομείων από το υπουργείο καθώς και η ιεραρχική γραφειοκρατία του συστήματος έχουν σαν αποτέλεσμα η όποια λήψη αποφάσεων να λαμβάνεται κεντρικά, σε επίπεδο Υπουργείου. Μελέτη του Nuffield Institute for Health of Leeds University (1998) καταλήγει στο συμπέρασμα ότι το ισχύον σύστημα αποτελεί «σοβαρό εμπόδιο για τη συνεχή ανάπτυξη αποτελεσματικών και αποδοτικών εργαλείων διοίκησης και την ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας των νοσοκομείων».^[121] Επίσης, ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, υποστηρίζει ότι ο πολλαπλός ρόλος του υπουργείου οδηγεί σε σύγκρουση συμφερόντων και αναποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας.^[127] Σε αυτό το πλαίσιο, το Υπουργικό Συμβούλιο το 2004 και 2007, έχοντας στόχο την καλύτερη αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας, έλαβε απόφαση για αναδιοργάνωση και αυτονόμηση των δημοσίων νοσοκομείων και μετατροπής τους σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου.^[130] Η ίδια απόφαση προέβλεπε ακόμη περιορισμό του ρόλου του Υπουργείου στο στρατηγικό σχεδιασμό της πολιτικής υγείας και της δημόσιας υγείας.^[125] Μετά από σημαντική χρονική καθυστέρηση και ύστερα από συστάσεις των δανειστών (επικαιροποιημένο Μνημόνιο Συναντίληψης, 2015), το Υπουργείο Υγείας έχει προχωρήσει τον τελευταίο καιρό στην σύνταξη προσχεδίου νόμου για την αυτονόμηση των δημοσίων νοσοκομείων, το οποίο αναμένεται σύντομα να κατατεθεί στο Συμβούλιο των Υπουργών και στη Βουλή των Αντιπροσώπων προς έγκριση.^[131]

Η παροχή υπηρεσιών υγείας στον δημόσιο τομέα γίνεται μέσω ενός δικτύου νοσοκομείων και κέντρων υγείας το οποίο αποτελείται από πέντε επαρχιακά γενικά νοσοκομεία (Λευκωσίας, Λεμεσού, Λάρνακας, Πάφου και Αμμοχώστου), ένα γυναικολογικό – παιδών (NAM III), ένα ψυχικών νοσημάτων (Αθαλάσσας), τέσσερα εξειδικευμένα (Ινστιτούτο Νευρολογίας και Γενετικής, Κέντρο Θαλασσαιμίας, Ογκολογικό Κέντρο Τράπεζας Κύπρου και το Κέντρο Ανακουφιστικής Φροντίδας Αροδαφνούσα), 3 αγροτικά, 38 κέντρα υγείας και 230 υποκέντρα με περιοδεύουσα ιατρική μονάδα. Στον ιδιωτικό τομέα οι υπηρεσίες παρέχονται από

κερδοσκοπικά νοσοκομεία, πολυκλινικές, διαγνωστικά κέντρα, φαρμακεία και ανεξάρτητους επαγγελματίες σε ομάδες (group practice) ή ατομικά. Λειτουργούν επίσης άλλα 3 μικρά συστήματα στα οποία περιλαμβάνονται τα Συστήματα Εργοδοτικών Οργανώσεων (παρέχουν κυρίως υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας μέσω δικού τους δικτύου), τα Συστήματα των Ημικρατικών Οργανισμών Αρχής Ηλεκτρισμού και Αρχής Τηλεπικοινωνιών Κύπρου (παρέχουν υπηρεσίες στους εργαζόμενους τους μέσω του ιδιωτικού τομέα) και τα Συστήματα Ιδιωτικής Ασφάλισης της Υγείας.

Όσον αφορά στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αυτές παρέχονται από τα κέντρα υγείας (αστικά και επαρχιακά) και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και προσφέρονται από έναν συνδυασμό δημόσιων και ιδιωτικών παρόχων. Αυστηρό σύστημα παραπομπών προς τα νοσοκομεία από τους φορείς της πρωτοβάθμιας φροντίδας δεν υπάρχει, ενώ οι όποιοι οικογενειακοί γιατροί δεν έχουν τον ρόλο του gatekeeper στο σύστημα,^[132] δημιουργώντας έτσι προβλήματα οργάνωσης και κάλυψης στο δημόσιο σύστημα. Τα προβλήματα αφορούν κυρίως τις μεγάλες λίστες αναμονής εξωτερικών ιατρείων, απεικονιστικών εξετάσεων (MRI, μαστογραφία) και προγραμματισμένων χειρουργικών επεμβάσεων για ορισμένες ειδικότητες (καρδιοχειρουργικής, ορθοπεδικής, οφθαλμολογίας), καθώς και την πρόσβαση ειδικών ομάδων πληθυσμού (π.χ. αλλοδαποί). Προβληματική επίσης χαρακτηρίζεται και η περιορισμένη κάλυψη οδοντιατρικής, μακροχρόνιας και ανακουφιστικής φροντίδας και αποκατάστασης.

Η νοσοκομειακή φροντίδα υγείας παρέχεται τόσο από τα δημόσια όσο και από τα ιδιωτικά νοσοκομεία, με περίπου 3000 νοσοκομειακές κλίνες κατανομημένες ισόποσα ανάμεσα στον ιδιωτικό και το δημόσιο τομέα. Ο δείκτης πληρότητας των νοσοκομειακών κλινών των δημόσιων νοσοκομείων είναι γύρω στο 90% (2011), ενώ ο ίδιος δείκτης των ιδιωτικών νοσοκομείων δεν ξεπερνά το 50%.^[132]

Ο κατακερματισμός αυτός του συστήματος υγείας, έχει σαν αποτέλεσμα τη φτωχική επικοινωνία των παρόχων τόσο εντός του κάθε τομέα ξεχωριστά όσο και μεταξύ των δύο, την ασυνέχεια στην φροντίδα υγείας, τη δημιουργία διπλών υποδομών – υπηρεσιών και τη μειωμένη χρήση του ιδιωτικού τομέα. Όλα αυτά συμβάλλουν στην αναποτελεσματικότητα του συστήματος και στην αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας.

Όσον αφορά το ανθρώπινο δυναμικό, στο δημόσιο σύστημα υγείας, αυτό έχει το καθεστώς του δημόσιου υπαλλήλου και αμείβεται με μισθό, ενώ στο ιδιωτικό, οι ιατροί είναι ελεύθεροι επαγγελματίες οι οποίοι παρέχουν υπηρεσίες είτε στο ιατρείο τους είτε σε group practice (νοσοκομεία, πολυκλινικές, κλινικές) και αμείβονται κυρίως κατά πράξη. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία της Στατιστικής Υπηρεσίας (2015),^[120] ο δημόσιος τομέας κατά το 2013 απασχολούσε 962 ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων (34,6%) και ο ιδιωτικός τομέας 1.815 (65,4%). Η πλειοψηφία των ιδιωτών ιατρών έχει κάποια ειδικότητα και υποστηρίζεται από τη χρήση σύγχρονου, ακριβού διαγνωστικού και θεραπευτικού εξοπλισμού. Περισσότερες σχετικές πληροφορίες δίνονται στον πίνακα 6.16.1.

Από τη σύντομη περιγραφή που προηγήθηκε φαίνεται ότι υπάρχει ανάγκη για αλλαγή. Πέρα από την αναποτελεσματικότητα του συστήματος, η Κύπρος έχει τη χαμηλότερη δημόσια δαπάνη για την υγεία στην Ε.Ε, τόσο ως ποσοστό του Α.Ε.Π όσο και ως ποσοστό των δημόσιων δαπανών (κυβερνητικού προϋπολογισμού). Τα πολύ υψηλά επίπεδα των άμεσων πληρωμών, υπονομεύουν την οικονομική προστασία και τη δικαιοσύνη στη χρηματοδότηση.^[133] Ο υποχρηματοδοτούμενος δημόσιος τομέας δέχεται σήμερα πρόσθετη πίεση λόγω των περικοπών στον κυβερνητικό προϋπολογισμό και των πιθανών επιπτώσεων της κρίσης στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Αυτό ενδεχομένως να εντείνει τις ανισότητες στην πρόσβαση με επιβλαβή αποτελέσματα στην υγεία των πολιτών.

5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το αντικείμενο της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των πιθανών επιπτώσεων της τρέχουσας οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας και στο επίπεδο υγείας των κυπρίων πολιτών, μετά από συγκριτική έρευνα σειράς βασικών επιδημιολογικών και κοινωνικό - οικονομικών δεικτών, προ και μετά την έναρξη της κρίσης. Βασικός στόχος είναι η συγκριτική ανάλυση των δεικτών αυτών και κατ' επέκταση του επιπέδου υγείας καθώς και ο προσδιορισμός των γενικότερων συνεπειών της κρίσης στο Σύστημα Υγείας της Κύπρου (πρόσβαση, χρήση, χρηματοδότηση).

5.1 Σκοπός έρευνας και βασικά ερευνητικά ερωτήματα

Ο σκοπός της έρευνας είναι να προσδιοριστούν οι επιπτώσεις της τρέχουσας οικονομικής κρίσης στο επίπεδο υγείας και στο σύστημα υγείας της Κύπρου. Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα που εξετάζονται είναι:

1. Διαχρονική μελέτη των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο του πληθυσμού της Κύπρου, κατά τη χρονική περίοδο 2004 – 2014.
2. Διαχρονική μελέτη του επιπέδου υγείας (θνησιμότητα, νοσηρότητα) του πληθυσμού της Κύπρου, κατά τη χρονική περίοδο 2004 – 2014.
3. Διαχρονική μελέτη της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας της Κύπρου, κατά την περίοδο 2004 – 2014.
4. Διαχρονική μελέτη της χρήσης υπηρεσιών υγείας δημόσιου και ιδιωτικού τομέα της Κύπρου
5. Διαχρονική μελέτη και ανάλυση των ανισοτήτων (χρηματοδοτικών και πρόσβασης) σε υπηρεσίες υγεία κατά τη χρονική περίοδο 2004 – 2014.

5.2 Γενική μεθοδολογία

Η γενική μεθοδολογία που ακολουθήθηκε είναι αυτή της συλλογής, σύνθεσης και ανάλυσης δευτερογενών δεδομένων (secondary data analysis) που αφορούν σειρά δεικτών κατά την περίοδο 2004 – 2014, όπως αυτή διεξήχθη σε παρόμοιες μελέτες στην Ελλάδα (Elias Kondilis et al. 2013) και η οποία προσαρμόστηκε στα δεδομένα της Κύπρου (παράρτημα Α).

Σχετικά με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα, οι δείκτες που διερευνήθηκαν ήταν:

1. Το Α.Ε.Π σε σταθερές τιμές, για την περίοδο 2007- 2014
2. Το κατά κεφαλή ακαθάριστο εθνικό εισόδημα σε τρέχουσες και σταθερές τιμές, για την περίοδο 2005 -2014
3. Το δημοσιονομικό ισοζύγιο της γενικής κυβέρνησης (έλλειμμα / πλεόνασμα % του ΑΕΠ) για την περίοδο 2005 – 2014
4. Το δημόσιο χρέος (% του ΑΕΠ) για την περίοδο 2007 – 2015
5. Το εμπορικό ισοζύγιο για την περίοδο 2008 -2014
6. Ο ρυθμός πληθωρισμού (%), όπως υπολογίστηκε από τον δείκτη τιμών καταναλωτή, για την περίοδο 2005 – 2014
7. Το γενικό ποσοστό ανεργίας πληθυσμού 15+ ετών στην Κύπρο και την Ε.Ε για την περίοδο 2007 – 2014
8. Τα ποσοστά ανεργίας κατά φύλο και ηλικιακή ομάδα την περίοδο 2007 – 2014
9. Το ποσοστό μακροχρόνιας ανεργίας στην Κύπρο και την Ευρωζώνη την περίοδο 2007-2014
10. Ο πληθυσμός σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό (%) κατά την περίοδο 2009 – 2014.

Για την εκτίμηση του επιπέδου υγείας χρησιμοποιήθηκαν:

1. Η γενική θνησιμότητα (ποσοστό θανάτων – death rate) από όλες τις αιτίες και για όλες τις ηλικίες, για την περίοδο 2004 – 2014
2. Η προτυποποιημένη (Standardized Death Rate) θνησιμότητα από όλες τις αιτίες, για όλες τις ηλικίες και κατά ηλικιακή ομάδα (0 – 64 και 65+ ετών για άνδρες και γυναίκες)
3. Η βρεφική και μητρική θνησιμότητα για την περίοδο 2004 -2014
4. Το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση, για την περίοδο 2004 – 2014
5. Η θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιακή νόσο κατά ηλικιακή ομάδα (0 – 64 και 65+) και για όλες τις ηλικίες, για άντρες και γυναίκες, την περίοδο 2004 – 2012
6. Η θνησιμότητα από λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα για όλες τις ηλικίες και κατά ηλικιακή ομάδα (0 – 64 και 65+) για άντρες και γυναίκες, την περίοδο 2004 – 2012
7. Η θνησιμότητα από χρόνια ηπατοπάθεια και κατανάλωση οινοπνεύματος, για όλες τις ηλικίες και την ηλικιακή ομάδα 0 – 64 ετών, για άντρες και γυναίκες
8. Η θνησιμότητα από τροχαίες συγκρούσεις για την περίοδο 2008 – 2014

9. Η θνησιμότητα από αυτοκτονίες και ανθρωποκτονίες για άντρες και γυναίκες όλων των ηλικιών και κατά ηλικιακή ομάδα (0 – 64 και 65+) για την περίοδο 2004 – 2013.
10. Η θνησιμότητα και η νοσηρότητα από ψυχικές διαταραχές για την περίοδο 2005 -2012
11. Η νοσηρότητα από ελονοσία, AIDS, και φυματίωση για την περίοδο 2004 -2014
12. Η χρήση ενδοφλέβιων ουσιών κατά ηλικιακή ομάδα (15 -24, 25 – 35 και 35+) για την περίοδο 2004 – 2013

Όσον αφορά την χρηματοδότηση του συστήματος υγείας διερευνήθηκαν:

1. Η συνολική, δημόσια και ιδιωτική δαπάνη σε τρέχουσες τιμές για την περίοδο 2005 – 2013
2. Η συνολική, δημόσια και ιδιωτική σε σταθερές τιμές για την περίοδο 2006 – 2014
3. Η συνολική, δημόσια και ιδιωτική δαπάνη ως % του ΑΕΠ για την περίοδο 2004 – 2013
4. Η συνολική και δημόσια κατά κεφαλή δαπάνη για την περίοδο 2004 – 2012
5. Οι άμεσες πληρωμές σε τρέχουσες τιμές και ως % της συνολικής δαπάνης για την περίοδο 2004 – 2012

Σχετικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας εξετάστηκαν:

1. Ο αριθμός επισκέψεων ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία, τμήματα επειγόντων και οδοντιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων, για την περίοδο 2006 - 2013
2. Ο αριθμός εισαγωγών, εξιτηρίων και χειρουργικών επεμβάσεων στα δημόσια νοσοκομεία για την περίοδο 2006 - 2013,
3. Ο αριθμός του υγειονομικού προσωπικού (συνολικός, δημόσιου και ιδιωτικού τομέα) για την περίοδο 2006 – 2013
4. Ο αριθμός των κλινών (συνολικός, δημοσίου και ιδιωτικού τομέα) και το ποσοστό κάλυψης αυτών για την περίοδο 2006 - 2013.
5. Δείκτες όπως άτομα ανά ιατρό / οδοντίατρο / νοσηλεύτη / νοσοκομειακή κλίνη, για την περίοδο 2004 – 2013
6. Μέση διάρκεια ημερών νοσηλείας την περίοδο 2004 – 2013.

Τέλος, για την διερεύνηση των ανισοτήτων στην υγεία εκτιμήθηκαν:

1. Το επίπεδο των ανικανοποίητων αναγκών για ιατρική φροντίδα (α) % του πληθυσμού και % των ανέργων, (β) κατά ηλικιακή ομάδα, και (γ) κατά εισοδηματική κατηγορία, για την περίοδο 2005 – 2014
2. Το αυτοπροσδιοριζόμενο (Self-perceived) επίπεδο υγείας για την περίοδο 2005 – 2014.

Οι πιο πάνω δείκτες επιλέγηκαν με βάση τη διεθνή βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με τις συνήθεις επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων στην υγεία. Για παράδειγμα, δείκτες όπως η ανεργία, η φτώχεια και το εισόδημα, οι οποίοι επηρεάζονται άμεσα από την κρίση, αναδεικνύονται μέσα από την βιβλιογραφία, ως καθοριστικοί προσδιοριστικοί παράγοντες του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Παράλληλα, οι δημοσιονομικοί περιορισμοί που εφαρμόζονται ως αποτέλεσμα της κρίσης και η εξ αυτών χρηματοδοτική πίεση στο σύστημα υγείας, σε συνδυασμό με το μειωμένο εισόδημα των νοικοκυριών, την ανεργία και την οικονομική ανασφάλεια μπορούν να οδηγήσουν σε δυσλειτουργία το σύστημα με βλαπτικά για την υγεία, άμεσα και σε βάθος χρόνου, αποτελέσματα.

Τα στοιχεία αναζητήθηκαν από διάφορες πηγές και ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων. Πιο συγκεκριμένα αυτές είναι:

1. της Στατιστικής Υπηρεσίας της Κύπρου,
2. της Eurostat,
3. του Ο.Ο.Σ.Α,
4. της Ευρωπαϊκής βάσης δεδομένων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας - European Health for All database (WHO),
5. του Υπουργείου Οικονομικών
6. του Γραφείου Οικονομικών και Εμπορικών Υποθέσεων (ΟΕΥ) Πρεσβείας της Ελλάδος στη Λευκωσία
7. του Υπουργείου Υγείας,
8. της Κυπριακής Αστυνομίας
9. του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά.
10. της Αρχής Ανθρωπίνου Δυναμικού
11. των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.

Η άντληση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε κατά το τελευταίο τρίμηνο του 2015, η δε ανάλυση που ακολουθήθηκε είναι αυτή της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης.

6. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1 Οικονομική κατάσταση

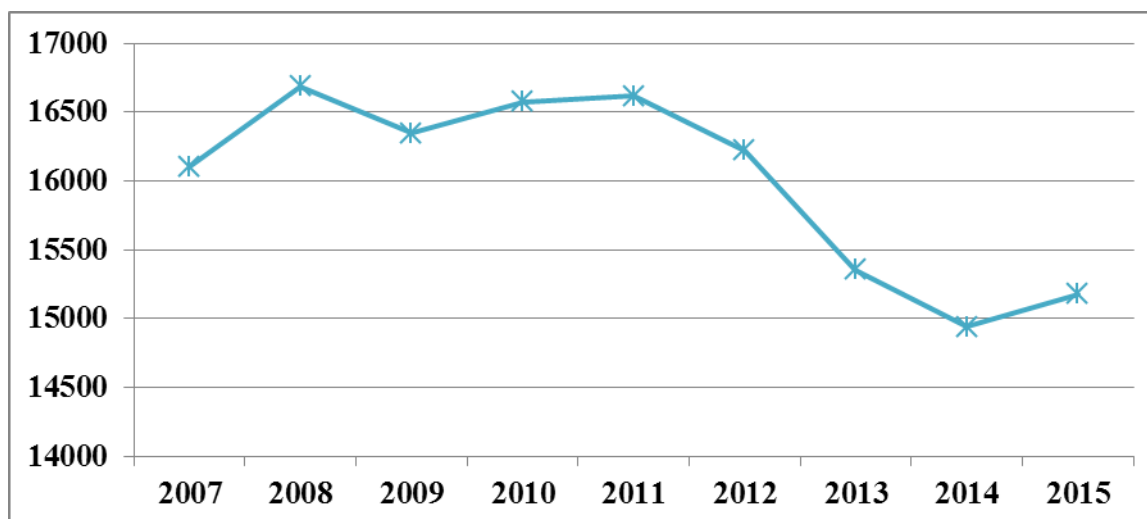
6.1.1 Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (Α.Ε.Π)

Το Α.Ε.Π της Κύπρου συρρικνώθηκε κατά 1,9% για πρώτη φορά το 2009, μετά από 35 χρόνια συνεχούς αύξησης (πίνακας 6.1). Ακολούθησε μια διετία με χαμηλούς ρυθμούς ανάπτυξης, το 2010 (1,3%) και το 2011 (0,5%), με το 3^ο τρίμηνο (Q3) του 2011, όπως φαίνεται στον πίνακα 6.1 και διάγραμμα 6.1, να σηματοδοτεί ουσιαστικά την χρονική έναρξη της οικονομικής κρίσης στην Κύπρο. Το 2012 η κυπριακή οικονομία παρουσίασε και πάλι ύφεση (2,4%), η οποία επιδεινώθηκε ακόμα περισσότερο το 2013 φτάνοντας το -5,4%.

Πίνακας 6.1: Α.Ε.Π σε σταθερές τιμές (2005) ανά τρίμηνο, 2007 – 2015 (€ εκ.)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Q1	3963,9	4146,2	4144,9	4124,8	4174,7	4119,7	3906,9	3751,6	3760,3
Q2	3996,8	4169,5	4082,6	4132,6	4179	4084,9	3840,8	3746,1	3791,4
Q3	4043,7	4187,5	4060,7	4152,9	4136,7	4041	3813,5	3721,5	3805,3
Q4	4101,8	4185,9	4060,3	4165,4	4128,9	3977,5	3792,8	3719,6	3819,0
Σύνολο	16106	16689	16349	16576	16619	16223	15354	14939	15176

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, 2016



Διάγραμμα 6.1: Εξέλιξη Α.Ε.Π σε σταθερές τιμές (2005), 2007 -2015 (€ εκ.)

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, 2015

Το 2014 η οικονομία συνέχισε να συρρικνώνεται, με το ρυθμό ανάπτυξης να έχει διαμορφωθεί στο -2,25% σε πραγματικούς όρους συγκριτικά με το 2013, ενώ σύμφωνα με τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία της Στατιστικής Υπηρεσίας, ο ρυθμός ανάπτυξης της οικονομίας κατά το 2015 είναι θετικός και το τέταρτο τρίμηνο του έτους υπολογίστηκε σε +2,5% συγκριτικά με το αντίστοιχο τρίμηνο του 2014. Αθροιστικά, η μείωση του Α.Ε.Π κατά την περίοδο 2009 – 2015 ήταν της τάξης του 7,1%, ενώ για την περίοδο 2011 – 2015 ανήλθε στο 9,5%.

6.1.2 Κατά Κεφαλήν Εισόδημα

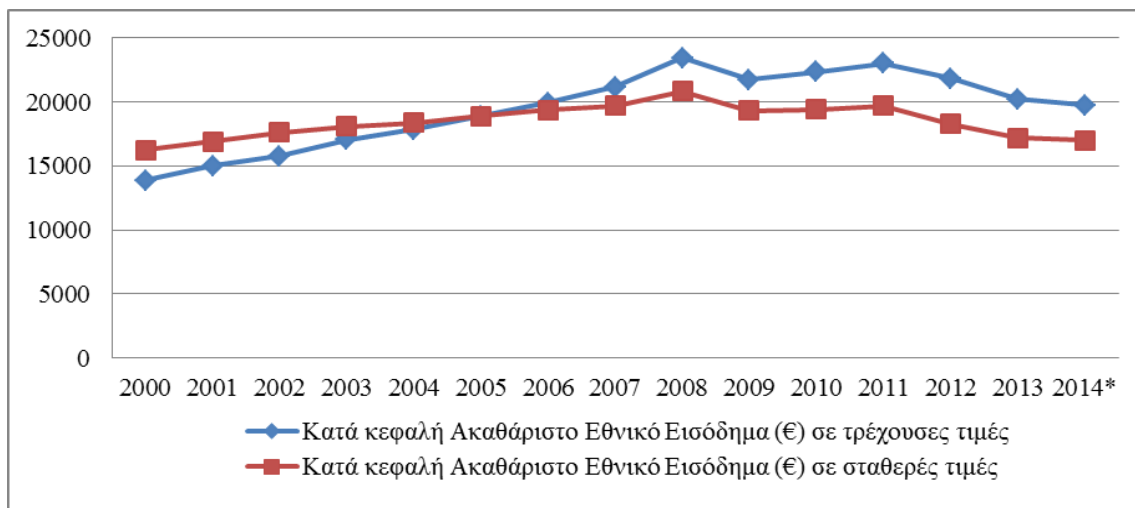
Το κατά κεφαλήν ακαθάριστο εθνικό εισόδημα, σε σταθερές τιμές αγοράς του 2005, συρρικνώθηκε για πρώτη φορά το 2009 κατά 7,4%, ενώ το 2010 και 2011 σημείωσε αύξηση κατά 0,7% και 1,3% αντίστοιχα (πίνακας 6.2 και διάγραμμα 6.2). Το 2012, σημείωσε εκ νέου μείωση (7,1%), ενώ το 2013 μειώθηκε ακόμα περισσότερο κατά 12,8%. Το 2014 η πτωτική τάση συνεχίστηκε, αλλά με χαμηλότερο ρυθμό (7,1%).

Πίνακας 6.2 : Κατά κεφαλήν ακαθάριστο εθνικό εισόδημα, 2005 - 2014

Έτος	ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΤΙΜΕΣ ΑΓΟΡΑΣ			ΣΤΑΘΕΡΕΣ ΤΙΜΕΣ ΑΓΟΡΑΣ του 2005		
	Κατά κεφαλή Ακαθάριστο Εθνικό Εισόδημα (€)	Δείκτης 2005=100,0	Ρυθμός αύξησης σε σχέση με το προηγούμενο έτος (%)	Κατά κεφαλή Ακαθάριστο Εθνικό Εισόδημα (€)	Δείκτης 2005=100,0	Ρυθμός αύξησης σε σχέση με το προηγούμενο έτος (%)
2005	18.903,1	100,0	6,0	18.903,1	100,0	2,9
2006	19.962,9	105,6	5,6	19.356,8	102,4	2,4
2007	21.187,7	112,1	6,1	19.702,2	104,2	1,8
2008	23.430,0	123,9	10,6	20.846,7	110,3	5,8
2009	21.747,1	115,0	-7,2	19.305,2	102,1	-7,4
2010	22.342,2	118,2	2,7	19.435,8	102,8	0,7
2011	23.044,1	121,9	3,1	19.685,0	104,1	1,3
2012	21.849,4	115,6	-5,2	18.281,4	96,7	-7,1
2013	20.246,4	107,1	-12,1	17.172,6	90,8	-12,8
2014*	19.776,4	104,6	-9,5	16.986,5	89,9	-7,1

*προκαταρκτικά στοιχεία

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία, 2015

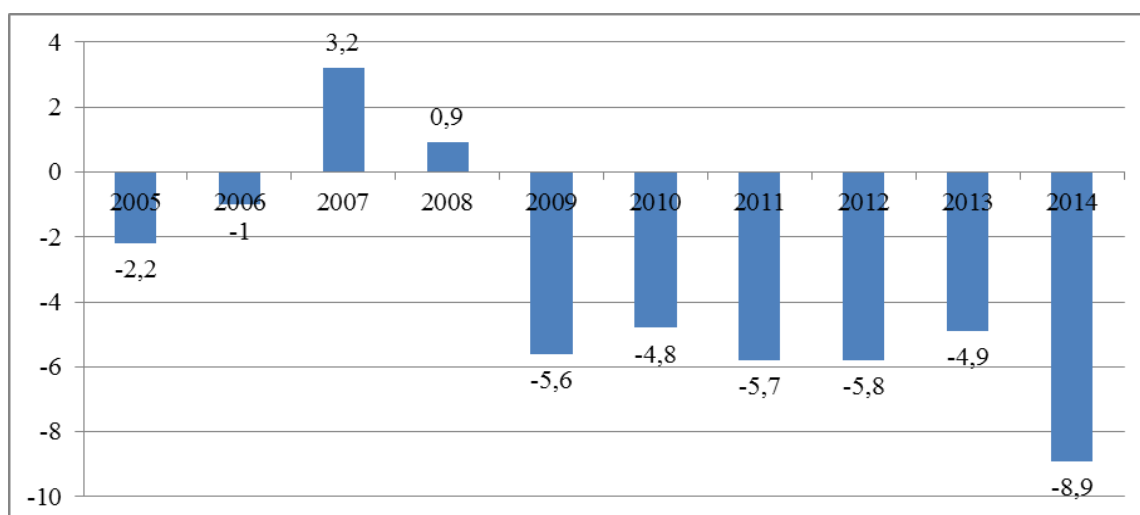


Διάγραμμα 6.2: Κατά Κεφαλήν Ακαθάριστο Εθνικό Εισόδημα 2000 – 2014

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία, 2015.

6.1.3 Δημοσιονομικό Ισοζύγιο Γενικής Κυβέρνησης

Στο ραβδόγραμμα 6.1 φαίνεται το 2007 ότι το έλλειμμα των προηγούμενων ετών μετετράπη σε πλεόνασμα της τάξης του 3,2%. Ωστόσο, το 2009 το δημοσιονομικό ισοζύγιο παρουσίασε έλλειμμα της τάξης του 5,6%, ενώ το 2010 περιορίστηκε στο 4,8%. Το 2011 παρουσίασε πάλι ανοδική τάση φτάνοντας το 5,8%, παραμένοντας στα ίδια επίπεδα και το 2012. Το 2013, λόγω των πολιτικών περιορισμού των δημοσίων δαπανών, το έλλειμμα περιορίστηκε στο 4,9%, ενώ το 2014 κινήθηκε και πάλι ανοδικά φτάνοντας το 8,9%.

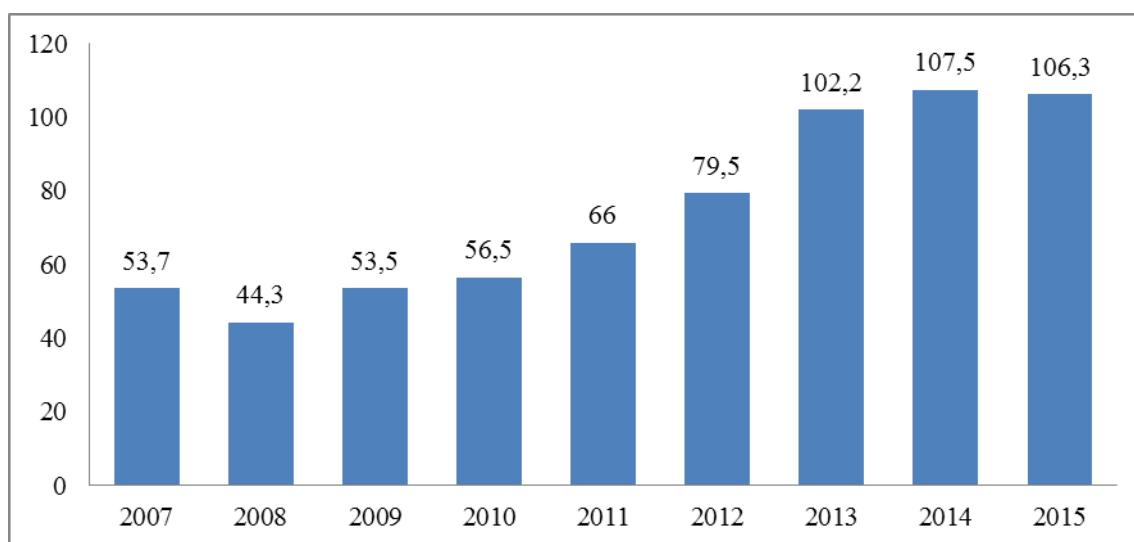


Ραβδόγραμμα 6.1: Δημοσιονομικό Έλλειμμα / Πλεόνασμα % του Α.Ε.Π, 2005 – 2014

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, 2015

6.1.4 Δημόσιο Χρέος

Από το 2008 το Δημόσιο Χρέος κατέγραψε συνεχή άνοδο μέχρι και το 2014 (ραβδόγραμμα 6.2). Από 44,3% του Α.Ε.Π που ήταν το 2008 ανήλθε στο 102,2% (€18.518 εκ.) το 2013 και στο 107,5% (€18.8182 εκ.) το 2014, ενώ σύμφωνα με το Υπουργείου Οικονομικών, το 2015 σημείωσε μικρή μείωση φτάνοντας στο 106,3% του ΑΕΠ.



Ραβδόγραμμα 6.2: Δημόσιο Χρέος % του Α.Ε.Π, 2007 – 2015

Πηγή: Υπουργείο Οικονομικών, 2015.

Πιο συγκεκριμένα, το δημόσιο χρέος μειώθηκε αρχικά το 2008 στο 44,3% του ΑΕΠ από 53,7% που ήταν το 2007. Ωστόσο, το 2009 για πρώτη φορά μετά την ένταξη της χώρας στην Ευρωπαϊκή Ένωση το 2004, αυξήθηκε στο 53,5% του ΑΕΠ και έκτοτε, συνέχισε την ανοδική του πορεία. Η αύξηση που καταγράφεται από 102,2% στο τέλος του 2013 στο 107,5% κατά το τέλος του 2014, σημειώθηκε παρά την πραγματοποίηση πρωτογενούς πλεονάσματος ύψους 3,3% κατά την υπό αναφορά περίοδο.

6.1.5 Εμπορικό Ισοζύγιο

Το 2014 η αυξητική τάση στις εξαγωγές αγαθών των τελευταίων ετών κατέγραψε μείωση κατά 10,6%, ενώ παράλληλα οι εισαγωγές σημείωσαν αύξηση κατά 6,7%, ύστερα από μία τριετία μειώσεων. Σαν αποτέλεσμα τούτου, το έλλειμμα του εμπορικού ισοζυγίου το 2014 σημείωσε αύξηση της τάξης του 15,4%, μετά από συνεχή μείωση την περίοδο 2011 – 2013 (πίνακας 6.3).

Πίνακας 6.3: Εξωτερικό Εμπόριο (€ εκ.) 2008 – 2014

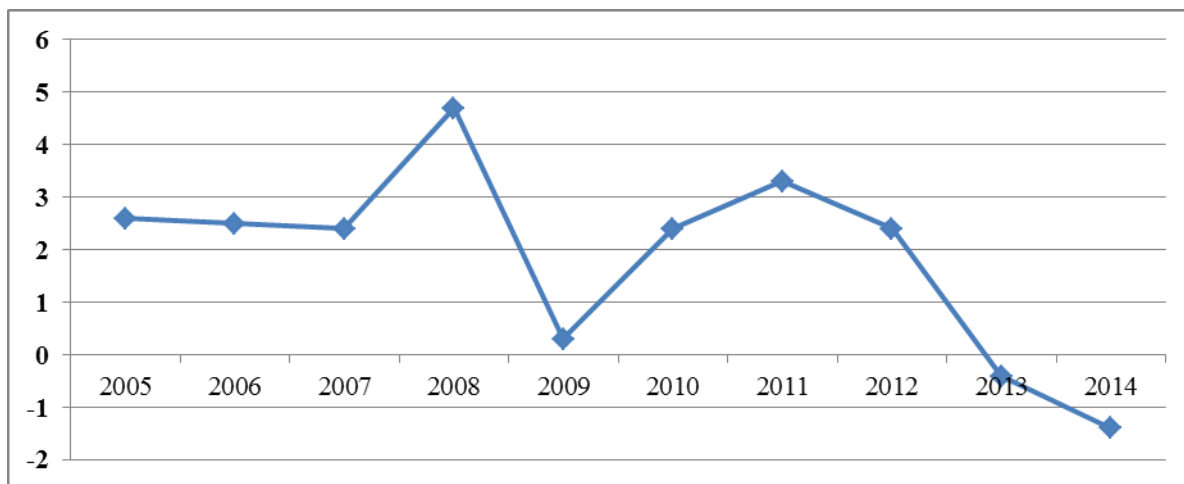
Έτος	Εξαγωγές		Εισαγωγές		Εμπορικό Ισοζύγιο		Όγκος Εμπορίου	
	%		%		%		%	
	Αξία	μεταβολής	Αξία	μεταβολής	Αξία	μεταβολής	Αξία	μεταβολής
2008	1.190,4	9,9	7.366,7	15,9	-6.176,3	17,1	8.557,1	15,0
2009	970,4	-18,5	5.691,8	-22,7	-4.721,4	-23,5	6.662,2	-22,1
2010	1.136,8	17,1	6.517,4	14,5	-5.380,6	13,9	7.654,2	14,9
2011	1.404	23,5	6.310,5	-3,2	-4.906,5	-8,8	7.714,5	0,8
2012	1.420,5	1,2	5.740,5	-9	-4.320	-12	7.161	-7,2
2013	1.611,6	13,3	4.810	-9,9	-3.198,9	-25,9	6.422,1	-10,32
2014	1.441,50	-10,6	5.133,4	6,7	-3.691,9	15,4	6.574,9	2,4

Πηγή: Γραφείο ΟΕΥ Πρεσβείας της Ελλάδος Λευκωσίας, 2015

Μετά από μια περίοδο μείωσης, οι επανεξαγωγές εμφάνισαν ανοδική τάση τη διετία 2010 - 2011, μικρή πτώση το 2012 και εκ νέου σημαντική αύξηση (13,5%) το 2013. Το 2014 μειώθηκαν κατά 20,6% σε σχέση με το 2013, φτάνοντας τα 709,4 εκ. ευρώ έναντι 733,8 εκ. ευρώ εγχώριων εξαγωγών. Όσον αφορά το εσωτερικό εμπόριο (χονδρικό και λιανικό), ο δείκτης του όγκου κύκλου εργασιών του λιανικού εμπορίου το 2014 σημείωσε αύξηση κατά 2,7% σε σχέση με το 2013 κατά το οποίο υπήρξε αριθμός κλεισίματος καταστημάτων σε όλους τους εμπορικούς τομείς, περιορισμός στις τραπεζικές συναλλαγές και έλλειψη ρευστότητας.

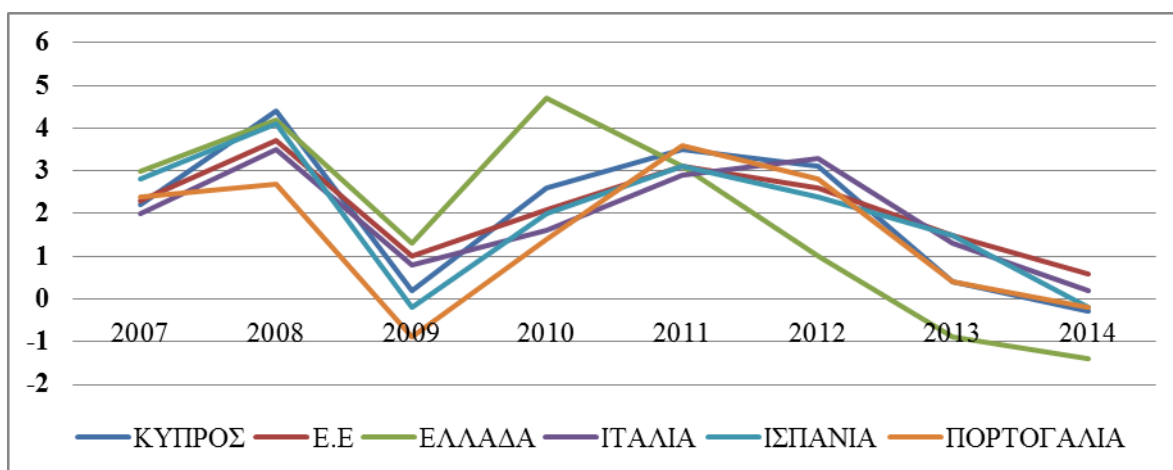
6.1.6 Πληθωρισμός

Την τελευταία δεκαετία ο πληθωρισμός στην Κύπρο (διάγραμμα 6.3) κατέγραψε την μέγιστη τιμή του το 2008 φτάνοντας στο 4,7%, την οποία ακολούθησε μεγάλη πτώση στο 0,3% το 2009. Το 2011 ανήλθε στο 3,3% ενώ το 2013 κατέγραψε αρνητικό ποσοστό της τάξης του -0,4% το οποίο το 2014 μειώθηκε ακόμα περισσότερο φτάνοντας το -1,4%. Από τον Ιούνιο του 2014 και μετά ο Εναρμονισμένος Δείκτης Τιμών Καταναλωτή (ΕνΔΤΚ) παρουσίασε μηδενικούς ή θετικούς μηνιαίους ρυθμούς λόγω κυρίως αυξήσεων στις τιμές των υπηρεσιών. Σημειώνεται επίσης ότι κατά την περίοδο Ιανουαρίου – Οκτωβρίου 2015, ο ΕνΔΤΚ κατέγραψε μείωση της τάξης του 1,7%, σε σχέση με -0,2% την αντίστοιχη περίοδο του 2014. Στο διάγραμμα 6.4 παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη του ρυθμού πληθωρισμού στην Κύπρο και σε επιλεγμένες χώρες της Ε.Ε.



Διάγραμμα 6.3: Ρυθμός Πληθωρισμού (%) όπως υπολογίζεται από το Δείκτη Τιμών Καταναλωτή, 2005 – 2014

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, 2015



Διάγραμμα 6.4: Ρυθμός Πληθωρισμού (%) στην Κύπρο και σε επιλεγμένες χώρες της ΕΕ

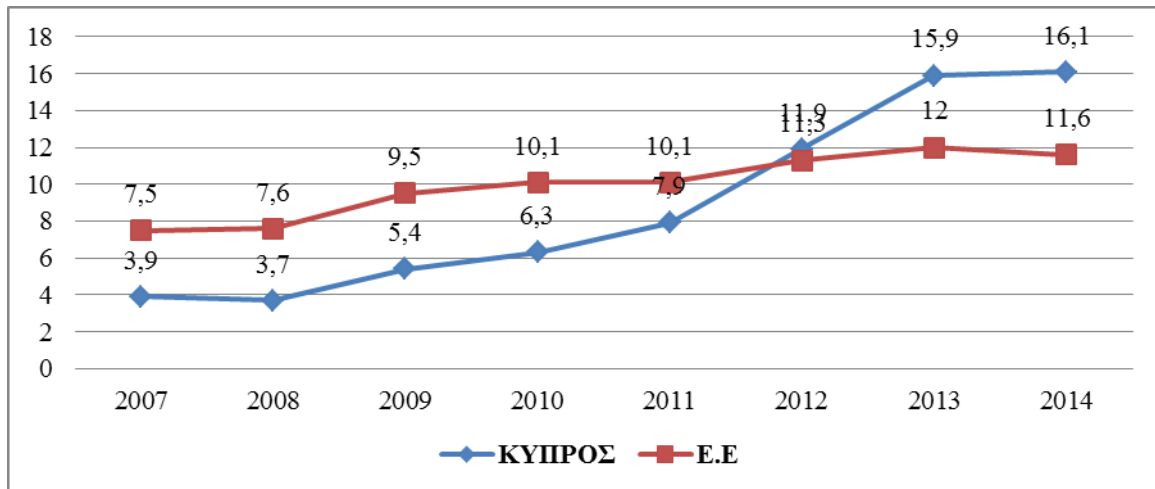
Πηγή: Eurostat, 2015.

6.2 Κοινωνικοοικονομική κατάσταση

6.2.1 Ανεργία

Σύμφωνα με την έρευνα ανθρωπίνου δυναμικού, το γενικό ποσοστό ανεργίας πληθυσμού 15+ χρονών στην Κύπρο, πριν το 2012, εμφανιζόταν σημαντικά χαμηλότερο από το αντίστοιχο ποσοστό στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Το ποσοστό ανεργίας, τόσο στην Κύπρο όσο και στην

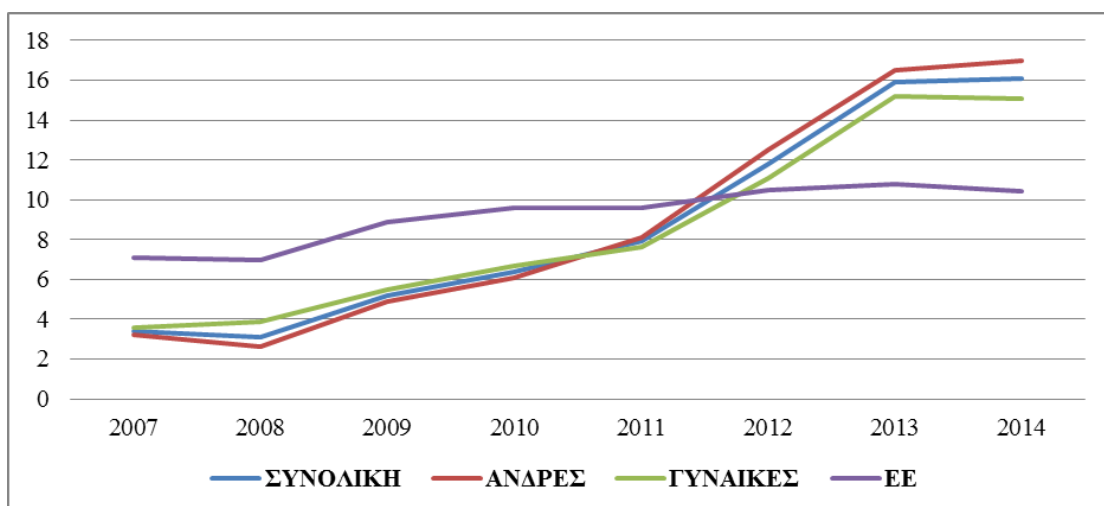
Ευρωπαϊκή Ένωση, από το 2008 και εντεύθεν παρουσίασε ανοδική τάση, σημειώνοντας τη χειρότερη επίδοση στην Κύπρο το 2014 φτάνοντας στο 16,1%, ενώ στην Ευρωζώνη περιορίστηκε στο 11,6% (διάγραμμα 6.5)



Διάγραμμα 6.5: Γενικό ποσοστό ανεργίας πληθυσμού 15+ χρόνων στην Κύπρο και την Ε.Ε την περίοδο 2007 – 2014

Πηγή: Αρχή Ανθρώπινου Δυναμικού, Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, 2015

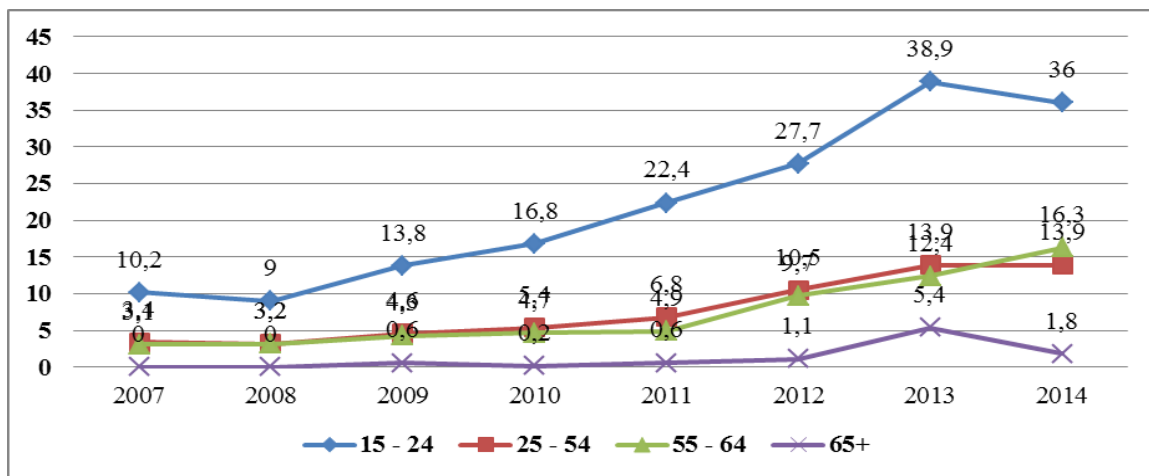
Όσον αφορά στα ποσοστά ανεργίας κατά φύλο την περίοδο 2007 – 2014, διαπιστώνεται ότι το ποσοστό ανεργίας στους άνδρες από το 2007 έως το 2010 ήταν χαμηλότερο από το αντίστοιχο ποσοστό στις γυναίκες, ενώ από το 2011 και μετά κυμάνθηκε σε υψηλότερα επίπεδα (διάγραμμα 6.6)



Διάγραμμα 6.6: Ποσοστά ανεργίας κατά φύλο την περίοδο 2007 – 2014

Πηγή: Αρχή Ανθρώπινου Δυναμικού, 2015

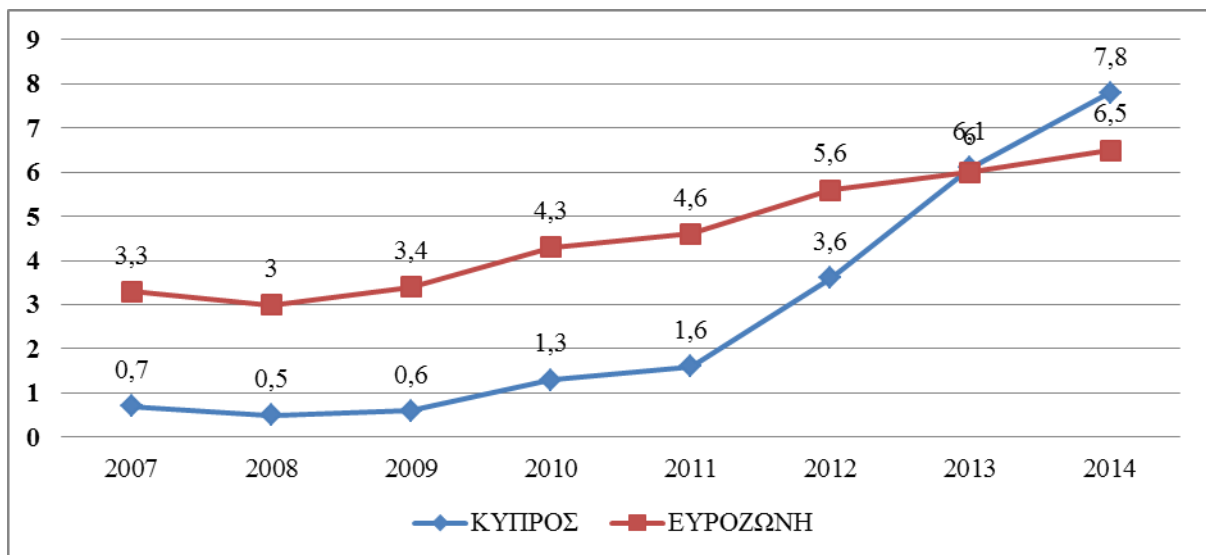
Συγκρίνοντας τα ποσοστά ανεργίας κατά ηλικιακή ομάδα, διαφαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται στον πληθυσμό 15 – 24 χρονών, γεγονός που επιβεβαιώνει ότι η ανεργία επηρεάζει κατά κύριο λόγο τους νέους. Αναλυτικότερα, το ποσοστό αυτό παρουσίασε σημαντική αύξηση από 9,0% το 2008 σε 38,9% το 2013, ενώ σύμφωνα με νεότερα στοιχεία της Αρχής Ανθρώπινου Δυναμικού, το ποσοστό αυτό σημείωσε μείωση κατά το 2014 φτάνοντας στο 36%. Το ποσοστό ανεργίας του πληθυσμού 25 – 54 χρονών από 3,4% το 2007 αυξήθηκε στο 13,9% το 2014, ενώ το ποσοστό στην ομάδα πληθυσμού 55 – 64 χρονών από 3,1% το 2007 ανήλθε στο 16,3% το 2014 (διάγραμμα 6.7)



Διάγραμμα 6.7: Ποσοστά ανεργίας κατά ηλικιακή ομάδα την περίοδο 2007 – 2014

Πηγή: Αρχή Ανθρώπινου Δυναμικού, 2015

Πρόσθετα, μεγάλη αύξηση παρατηρείται και στον αριθμό των μακροχρόνια ανέργων, ο οποίος το 2008 κατέγραψε ποσοστό της τάξης του 0,5% ενώ το 2014 έφτασε το 7,8% (διάγραμμα 6.8)



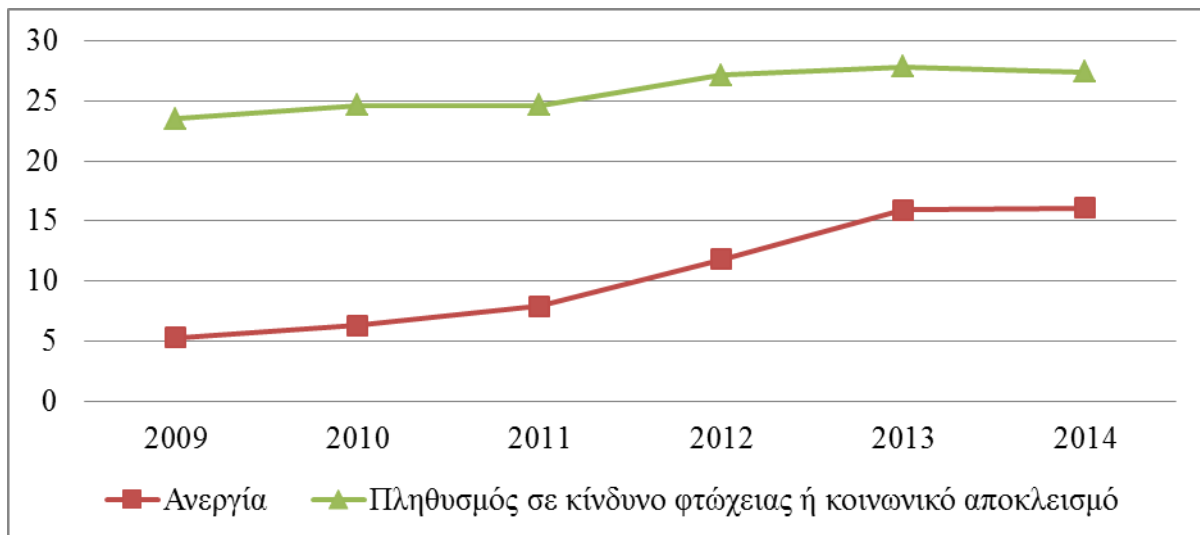
Διάγραμμα 6.8: Ποσοστά μακροχρόνιας ανεργίας στην Κύπρο και την Ευρωζώνη την περίοδο 2007 – 2014

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, 2015

6.2.2 Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός

Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας του Υπουργείου Οικονομικών και της Στατιστικής Υπηρεσίας, το 2014 ποσοστό 27,4% του πληθυσμού (234.000 άτομα) βρισκόταν σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό σε σχέση με 27,8% (240.000 άτομα) το 2013, 27,1% το 2012 (234.000 άτομα) και 23,5% (188.000 άτομα) το 2009 (διάγραμμα 5.9).

Η πιο ευάλωτη ομάδα στην Κύπρο, μέχρι και το 2012, ήταν αυτή των ατόμων ηλικίας 65+ χρονών. Κατά το 2013 τα δεδομένα άλλαξαν και τα άτομα αυτά είχαν το χαμηλότερο ποσοστό (26,1%). Παρά τη μείωση του εισοδήματος του εργαζόμενου πληθυσμού, το εισόδημα των ατόμων 65+ (συνταξιούχων) παρέμεινε σταθερό με αποτέλεσμα αυτή η ομάδα πληθυσμού να εμφανίζει μια σχετική βελτίωση συγκριτικά με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες. Κατά το 2013 η πιο ευάλωτη ομάδα πληθυσμού ήταν τα άτομα ηλικίας 18 – 64 χρονών με ποσοστό 28,2%, έναντι 25,8% που ήταν το 2012. Όσον αφορά στο φύλο, τα ποσοστά των γυναικών σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό το 2013 είναι υψηλότερα από αυτά των αντρών (28,8% και 26,8% αντίστοιχα). Στην ΕΕ το 2012 τα ποσοστά αυτά ήταν 25,8% για τις γυναίκες και 23,8% για τους άντρες.



Διάγραμμα 6.9: Πληθυσμός σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό (%) την περίοδο 2009 – 2014

Πηγή: Υπουργείο Οικονομικών, 2015

6.3 Επίπεδο υγείας του πληθυσμού

6.3.1 Θνησιμότητα

Όπως φαίνεται από τους πίνακες 6.4 και 6.5 το γενικό ποσοστό θνησιμότητας για όλες τις ηλικίες στον κυπριακό πληθυσμό παρουσίασε πτωτική τάση την τελευταία δεκαετία. Από 7,2 ανά 1.000 άτομα το 2004 μειώθηκε στο 6,0 το 2013 (16,3%) και στο 6,2 το 2014. Η μείωση της θνησιμότητας παρατηρείται τόσο και στα δύο φύλα όσο και στις ηλικιακές ομάδες από 0 – 64 ετών και 65+ αντίστοιχα. Την ίδια πτωτική τάση παρουσίασε και η βρεφική θνησιμότητα, η οποία από 3,5 θανάτους σε 1.000 ζωντανές γεννήσεις μειώθηκε στους 1,4 θανάτους το 2014 (60%). Μείωση επίσης κατέγραψε και ο ρυθμός μητρικής θνησιμότητας από 12 το 2005 σε 8 ανά 100.000 γεννήσεις το 2012 (πίνακας 6.5).

Πίνακας 6.4: Αριθμός και ρυθμός (ποσοστό) θανάτων από όλες τις αιτίες, 2004 – 2014.

Έτος	Σύνολο	Άνδρες	Γυναίκες	Ποσοστό θανάτων (death rate)	Θάνατοι ανδρών ανά 1000 ανδρικού πληθυσμού	Θάνατοι γυναικών ανά 1000 γυναικείου πληθυσμού	Θάνατοι ανδρών ανά 1000 θανάτους γυναικών	Βρεφική θνησιμότητα
2004	5.225	2.825	2.400	7,2	7,9	6,5	1.177	3,5
2005	5.425	2.835	2.590	7,3	7,8	6,9	1.095	4,6
2006	5.127	2.623	2.504	6,8	7,1	6,5	1.048	3,1
2007	5.380	2.813	2.567	7,0	7,5	6,6	1.096	3,1
2008	5.194	2.740	2.454	6,6	7,1	6,1	1.117	3,5
2009	5.182	2.780	2.402	6,4	7,0	5,8	1.157	3,3
2010	5.103	2.732	2.371	6,2	6,8	5,6	1.152	3,2
2011	5.504	2.828	2.676	6,5	6,8	6,1	1.057	3,1
2012	5.665	2.983	2.682	6,6	7,1	6,0	1.112	3,5
2013	5.141	2.798	2.343	6,0	6,7	5,3	1.194	1,6
2014	5.250	2.739	2.511	6,2	6,6	5,7	1.091	1,4

Πηγή: Statistical Service, Republic of Cyprus, 2015.

Πίνακας 6.5: Προτυποποιημένη Θνησιμότητα από όλες τις αιτίες (ανά 100.000), 2004 - 2012

Indicators	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
SDR, * all causes, all ages	612	624	566	570	536	515	489	509	515
SDR, all causes, all ages, males	758	746	669	684	646	635	598	595	616
SDR, all causes, all ages, females	488	521	477	468	439	411	393	433	425
SDR, all causes, 0–64	168	176	145	149	150	144	131	118	189
SDR, all causes, 0–64, males	226	230	191	207	201	200	180	156	160
SDR, all causes, 0–64, females	111	124	101	94	101	90	85	83	79
SDR, all causes, 65+	4206	4252	3971	3971	3660	3523	3391	3673	3718
SDR, all causes, 65+, males	5058	4915	4538	4547	4245	4154	3987	4152	4310
SDR, all causes, 65+, females	3540	3731	3517	3495	3177	3009	2892	3271	3221

* Standardized Death Rate

Πηγή: European Health for All database (WHO), 2015.

6.3.1.1 Προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση

Όσον αφορά το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση, αυτό αυξήθηκε κατά περισσότερο από 2 περίπου χρόνια την τελευταία δεκαετία φτάνοντας τα 82 έτη το 2012 (πίνακας 6.6), σε σύγκριση με 79,2 στην Ε.Ε, αντανακλώντας τις μειώσεις στη θνησιμότητα σε όλες τις ηλικίες. Σύμφωνα με τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία της Στατιστικής Υπηρεσίας της Κύπρου, το προσδόκιμο επιβίωσης για το 2014 υπολογίστηκε στα 80,7 για τους άνδρες και 84,5 χρόνια για τις γυναίκες, με το χάσμα μεταξύ ανδρών και γυναικών να παρουσιάζει μικρή αλλά σταθερή μείωση διαχρονικά φτάνοντας τα 3,8 έτη.

Πίνακας 6.6: Προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση, νεογνικοί θάνατοι, ρυθμός μητρικής θνησιμότητας, 2004 – 2012

Indicators	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Life expectancy at birth (years) ¹	80	79	81	80,5	81,2	81,6	82,2	81,9	81,7
Life expectancy at birth (years), m	77	77	79	78,2	78,8	79,1	79,8	80,1	79,6
Life expectancy at birth (years), f	82	81	83	82,7	83,5	84,1	84,5	83,6	83,8
Estimated infant mortality per 1000 live births (world health report)	3,5	4,7	3,1	3,2	3,6	3,3	2,9	2,8	2,8
Neonatal deaths per 1000 live births	2	3	2	2	3	2	2	2	1,8
Maternal mortality ratio per 100 000 live births	...	12	11	...	11	...	10	...	8

¹ Σύμφωνα με τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία, το προσδόκιμο επιβίωσης για το 2014 υπολογίστηκε στα 80,7 και 84,5 χρόνια για τους άνδρες (m) και τις γυναίκες (f) αντίστοιχα (Στατιστική Υπηρεσία, 2015).

Πηγή: European Health for All database (WHO), 2015.

6.3.1.2 Θνησιμότητα (SDR) από επιλεγμένες παθήσεις

Όπως φαίνεται στον πίνακα 6.7 η προτυποποιημένη θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιακή νόσο, για την περίοδο 2004 – 2012, παρουσιάζει μείωση σε όλες τις ηλικίες (19,8%) τόσο μεταξύ των ανδρών (17,9%) όσο και μεταξύ των γυναικών (24,5%). Εξαιρέση αποτελεί η ομάδα των γυναικών ηλικίας 0 – 64 ετών, η οποία δεν φαίνεται να παρουσιάζει κάποια μεταβολή. Η μείωση σε όλες τις ηλικίες είναι μεγαλύτερη (15,3%) την περίοδο 2008 – 2012 συγκριτικά με την περίοδο 2004 – 2008 (5,3%), χωρίς ωστόσο να καταγράφεται διαφορά στη μείωση για τις ηλικίες άνω των 65 ετών. Σε αντίθεση, η προτυποποιημένη θνησιμότητα από λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα σε όλες τις ηλικίες, (πίνακας 6.8) παρουσιάζει αύξηση 62,5% στην υπό εξέταση περίοδο και αφορά κυρίως τις ηλικίες άνω των 65 χρονών και στα

δύο φύλα. Η μεγαλύτερη αύξηση σημειώθηκε στους άνδρες άνω των 65 χρονών την περίοδο 2004 – 2008, η οποία το 2008 κατέγραψε διπλάσιο αριθμό σε σχέση με το 2004 (63 έναντι 32/100.000). Αντίθετη εικόνα παρουσίασε η κατηγορία γυναικών άνω των 65 χρονών στην οποία η αύξηση (κατά 23/100.000) αφορά την περίοδο 2008 – 2012.

Πίνακας 6.7: Θνησιμότητα (SDR) από Ισχαιμική Καρδιακή Νόσο (ανά 100.000)

Indicators	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ischaemic heart disease, 0–64	24	24	25	25	25	22	21	23	19
ischaemic heart disease, 0–64, males	41	40	41	42	42	41	37	38	32
ischaemic heart disease, 0–64, females	7	8	8	8	9	5	6	8	7
ischaemic heart disease, all ages	76	79	78	85	72	69	62	69	61
ischaemic heart disease, all ages, males	112	114	112	122	105	107	93	99	92
ischaemic heart disease, all ages, females	45	49	48	51	43	36	34	43	34
ischaemic heart disease, 65+	502	529	508	570	453	444	387	445	403
ischaemic heart disease, 65+, males	687	713	681	766	613	641	544	589	579
ischaemic heart disease, 65+, females	356	383	370	404	316	285	256	328	259

Πηγή: European Health for All database (WHO), 2015.

Πίνακας 6.8: Θνησιμότητα (SDR) από Λοιμώδη και Παρασιτικά νοσήματα (ανά 100.000)

Indicators	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
infectious and parasitic diseases, all ages	5	6	4	7	7	7	5	8	8
infectious and parasitic diseases, all ages, males	5	8	4	8	10	9	7	8	9
infectious and parasitic diseases, all ages, females	6	5	4	6	5	6	4	7	7
infectious and parasitic diseases, 0–64	2	3	1	2	2	2	1	1	2
infectious and parasitic diseases, 0–64, males	2	3	1	2	3	3	1	2	3
infectious and parasitic diseases, 0–64, females	1	2	1	1	1	2	1	1	0,5
infectious and parasitic diseases, 65+	37	37	28	51	47	45	40	57	59
infectious and parasitic diseases, 65+, males	32	50	33	55	63	55	51	59	60
infectious and parasitic diseases, 65+, females	40	27	24	46	35	38	31	56	58

Πηγή: European Health for All database (WHO), 2015.

Όσον αφορά την προτυποποιημένη θνησιμότητα από παθήσεις του ήπατος, συμπεριλαμβανομένης και της κίρρωσης, αυτή φαίνεται να μειώνεται σε όλες τις ηλικίες και στα δύο φύλα. Μείωση επίσης παρατηρείται και στη σχετιζόμενη με το οινόπνευμα θνησιμότητα, ιδιαίτερα στους άνδρες, με τη διαφορά στη μείωση να είναι κατά πολύ μεγαλύτερη την περίοδο 2008 – 2012 (πίνακας 6.9).

Πίνακας 6.9: Θνησιμότητα (SDR) από Χρόνια Ηπατοπάθεια και κατανάλωση οινοπνεύματος (ανά 100,000)

Indicators	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
chronic liver disease and cirrhosis, all ages	6	6	5	5	5	5	6	4	3,5
chronic liver disease and cirrhosis, all ages, males	8	8	6	7	9	8	8	6	6
chronic liver disease and cirrhosis, all ages, females	4	3	4	2	2	2	4	3	1,5
chronic liver disease and cirrhosis, 0–64	3	2	2	2	4	3	3	2	2
chronic liver disease and cirrhosis, 0–64,m	5	2	3	4	6	4	4	2	3,5
chronic liver disease and cirrhosis, 0–64,f	1	1	2	1	1	1	1	2	0,5
selected alcohol-related causes	48	59	43	46	45	42	38	35	35
males	71	79	62	72	70	63	57	50	48
females	26	40	25	21	21	21	20	16	18

Πηγή: European Health for All database (WHO), 2015.

6.3.1.3 Θνησιμότητα από τροχαία συμβάντα

Η θνησιμότητα από τροχαία κατά την περίοδο 2004 - 2014 παρουσίασε μείωση σε όλες τις ηλικίες τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τα στοιχεία της Αστυνομίας της Κύπρου, η μείωση της θνησιμότητας την περίοδο 2008 – 2014 έφτασε το 45,2% (37 θάνατοι λιγότεροι το 2014 συγκριτικά με το 2008) με τους θανάτους στον ανδρικό πληθυσμό να μειώνονται κατά το ήμισυ με σταθερή μειούμενη τάση για όλα τα χρόνια με εξαίρεση το 2011, ενώ στις γυναίκες η μείωση ήταν μικρότερη. Μείωση επίσης κατέγραψε και ο αριθμός των τροχαίων συμβάντων, όπου το 2014 σημειώθηκαν 958 τροχαία λιγότερα σε σχέση με το 2008 (45,8%) (πίνακες 6.10.1 και 6.10.2).

Πίνακας 6.10.1: Αριθμός και θάνατοι από τροχαία, 2008 – 2014.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Αριθμός Τροχαίων	2131	1856	1883	1690	1492	1273	1153
Θάνατοι	82	71	60	71	51	44	45
Άνδρες	65	59	50	58	37	35	32
Γυναίκες	17	12	10	13	14	9	13

Πηγή: Αστυνομία Κύπρου, 2015

Πίνακας 6.10.2: Τροχαία (ανά 100.000), 2004 - 2012

Indicators	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
MVTA, ^[*] 0–64,	15	14	10	12	10	9	8	8	6
MVTA, 0–64, males	26	22	16	20	16	16	13	13	10
MVTA, 0–64, females	5	6	3	4	4	2	3	2	2
MVTA, all ages	17	15	11	13	11	10	9	8	7
MVTA, all ages, males	29	24	18	21	17	18	14	15	11
MVTA, all ages, females	5	6	4	5	5	3	3	2	3
MVTA, 65+	29	25	20	19	22	19	17	13	12
MVTA, 65+, males	52	44	38	30	31	29	29	25	17
MVTA, 65+, females	9	11	6	9	16	10	7	4	8
Number of MVTA with injury	...	1382	1558	1468	1392	1883	1197	1690	1492
Number of people killed or injured in MVTA	...	2398	2675	2244	2045	1794	1822	1620	1432

[*] Motor Vehicle Traffic Accidents

Πηγή: European Health for All database (WHO), 2015.

6.3.1.4 Αυτοκτονίες και ανθρωποκτονίες

Όσον αφορά τη συνολική θνησιμότητα από αυτοκτονίες, αυτή παρουσίασε αύξηση κατά 26,8% το 2013 σε σύγκριση με το 2009 (0,041/1.000 κατοίκους το 2009 έναντι 0,052/1.000 το 2014), με την αύξηση στον ανδρικό πληθυσμό να ανέρχεται στο 43,7% . Ο μεγαλύτερος αριθμός αυτοκτονιών την περίοδο 2009 – 2013, καταγράφηκε στην ηλικιακή ομάδα των 25 – 44 ετών (73 θάνατοι, 39%). Από τις 185 καταγεγραμμένες αυτοκτονίες κατά την εν λόγω περίοδο, οι 157 αφορούσαν άνδρες (85%) και οι 28 γυναίκες (15%) (πίνακας 6.11.1 και 6.11.2).

Πίνακας 6.11.1: Αυτοκτονίες 2009 - 2013

	2009	2010	2011	2012	2013
Ανδρες	26	30	26	35	40
Γυναίκες	7	8	5	3	5
Σύνολο	33	38	31	38	45
Ηλικιακή ομάδα	15 – 24	25 – 44	45 – 64	65+	
Αριθμός	30	73	56	26	

Πηγή: Υπουργείο Υγείας, 2015

Σχετικά με τις ανθρωποκτονίες, αυτές δεν φαίνεται να διαφοροποιούνται σημαντικά την περίοδο 2009 -2012 σε σχέση με την περίοδο 2004 – 2008 (πίνακας 6.11.2).

Πίνακας 6.11.2: Αυτοκτονίες και ανθρωποκτονίες (ανά 100.000) 2004 - 2012

Indicators	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
suicide and self-inflicted injury, 0–64	1	2	3	2	5	4	4	3	4
suicide and self-inflicted injury, 0–64, m	2	3	3	3	8	6	6	6	8
suicide and self-inflicted injury, 0–64, f	1	2	2	1	3	2	2	1	0,5
suicide and self-inflicted injury, all ages	1	2	2	2	5	4	4	3	4
suicide and self-inflicted injury, all ages, m	1	3	3	4	8	6	7	6	8
suicide and self-inflicted injury, all ages, f	1	1	2	1	2	2	2	1	0,5
suicide and self-inflicted injury, 65+	0	1	2	4	3	5	5	4	1
suicide and self-inflicted injury, 65+, m	0	3	5	6	4	9	12	8	2
suicide and self-inflicted injury, 65+, f	0	0	0	2	2	1	0	1	0
homicide and intentional injury, 0–64,	1	2	2	2	1	2	0,5	3	2
homicide and intentional injury, 0–64, m	2	4	3	3	2	3	1	1	3
homicide and intentional injury, 0–64, f	1	0	1	1	1	1	0	2	1
homicide and intentional injury, all ages,	1	2	2	1	1	2	0	1	2
homicide and intentional injury, all ages, m	2	4	3	2	2	3	1	1	3
homicide and intentional injury, all ages, f	1	0	1	0	0	1	0	1	1
homicide and intentional injury, 65+	1	1	2	0	1	3	0	0	1
homicide and intentional injury, 65+, m	0	3	5	0	2	2	0	0	2
homicide and intentional injury, 65+, f	1	0	0	0	0	4	0	0	0
Ανθρωποκτονίες (αριθμός)	15	15	12	11	9	16	7	8	19

Πηγή: Eurostat, 2014. European Health for All database (WHO), 2015.

6.3.2 Νοσηρότητα

6.3.2.1 Λοιμώδη νοσήματα

Όπως φαίνεται στον πίνακα 6.12, το 2014 καταγράφηκαν 8 νέες περιπτώσεις ελονοσίας σημειώνοντας αύξηση σε σχέση με τα προηγούμενα έτη. Αυξητική τάση επίσης παρουσίασαν μετά το 2008 και οι νέες περιπτώσεις AIDS / HIV, όπου καταγράφηκαν 70 περιπτώσεις περισσότερες τα τελευταία 5 χρόνια συγκριτικά με την πενταετία πριν. Ίδια εικόνα παρουσιάζει και η επίπτωση της φυματίωσης, με κάποια όμως μείωση των περιπτώσεων να παρατηρείται τα 2 τελευταία χρόνια.

Πίνακας 6.12 : Επίπτωση (incidence) επιλεγμένων λοιμωδών νοσημάτων 2004 – 2014

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ελονοσία	1	2	1	1	0	1	1	6	1	3	8
Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS / HIV)	22	48	36	50	37	38	41	54	58	54	56
Φυματίωση	30	37	37	42	50	55	61	54	69	41	41

Πηγή: Υπουργείο Υγείας, 2015.

6.3.2.2 Χρήση ενδοφλέβιων ουσιών

Στο σύνολο τους, οι χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών, μετά την αύξηση που παρατηρήθηκε μέχρι και το 2010 φαίνεται ότι μειώθηκαν κατά 90 τα τελευταία χρόνια της περιόδου 2004 – 2013. Ωστόσο, εξαίρεση παρουσίασε η ομάδα των 35 και άνω χρονών, στην οποία οι χρήστες διπλασιάστηκαν μετά το 2009 σε σχέση με το 2008, παραμένοντας στα ίδια περίπου επίπεδα έως και το 2013 (πίνακας 6.13).

Πίνακας 6.13: Ενδοφλέβιοι χρήστες ουσιών

Δείκτης	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ενδοφλέβιοι χρήστες κατά ηλικία										
15 - 24 ετών	105	72	95	74	59	61	54	34	23	35
25 - 35 ετών	135	125	156	195	172	187	193	177	159	119
35+	41	47	47	81	49	99	102	103	113	103
Σύνολο	281	244	298	350	280	347	349	314	295	257

Πηγή: Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ), 2015.

6.3.2.3 Ψυχική υγεία

Παρά τις σημαντικές ελλείψεις σε δεδομένα για την ψυχική υγεία στην Κύπρο, από τον πίνακα 6.14 διαφαίνεται ότι η συνολική θνησιμότητα από ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές παρουσίασε αυξητική τάση την περίοδο 2010 – 2012. Η αύξηση ήταν 67,8% το 2012 σε σχέση με το 2009. Επίσης, ο αριθμός των νοσηλευόμενων ασθενών λόγω διαταραχών της διάθεσης (mood disorders) παρουσίασε σημαντική μείωση το 2011 (μόνο 2 εισαγωγές) συγκριτικά με όλα τα προηγούμενα έτη, ενώ οι εισαγωγές της κατηγορίας «άλλες ψυχικές διαταραχές» αυξήθηκαν το 2013, φτάνοντας στον υψηλότερο αριθμό (179 εισαγωγές) για όλα τα υπό εξέταση έτη. Επίσης, αύξηση κατά 13% παρατηρήθηκε στις επισκέψεις ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας την περίοδο 2010 – 2012 και 2,6% στις εισαγωγές ασθενών την ίδια περίοδο.

Πίνακας 6.14: Στοιχεία ψυχικής υγείας, 2005 - 2013

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Θνησιμότητα (ανά 100.000)	9,7	13,8	15,3	14,0	11,8	14,4	18,5	19,8	...
Άνδρες	10,0	9,6	13,3	11,6	9,9	14,8	18,7	18,7	...
Γυναίκες	9,3	16,6	16,4	15,7	12,7	14,0	18,2	20,8	...
Νοσηλευόμενοι ασθενείς λόγω:									
χρήσης οινόπνευματος	30	23	28	51	10	11	6	7	20
διαταραχών διάθεσης (mood)	74	125	201	103	284	223	2	4	65
άλλων ψυχικών διαταραχών	45	42	65	39	27	46	33	23	179
Εισαγωγές*	...	367	409	415	381	442	430	410	...
Εξιτήρια*	...	362	420	418	368	431	439	393	382
Εισαγωγές/επανεισαγωγές	...	...	...	...	...	1.131	1.149	1.161	...
Επισκέψεις εξωτερικών ιατρείων	...	...	...	...	...	58.315	63.335	65.927	...

*Στοιχεία μόνο για το Νοσοκομείο Αθαλάσσας

Πηγές: Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, 2013. Eurostat, 2015.

6.3.3 Χρηματοδότηση Συστήματος Υγείας

Όπως φαίνεται στον πίνακα 6.15.1 η συνολική δαπάνη των υπηρεσιών υγείας^{viii} μειώθηκε κατά 39 εκ. ευρώ το 2012 (3%) σε σχέση με το 2011 και κατά 65 εκ. ευρώ το 2013 (5%) σε σχέση με το 2012, ύστερα από σειρά ετών σταδιακής αύξησης. Ως ποσοστό του Α.Ε.Π, η μείωση το 2012 ήταν κατά 0,2% ενώ το 2013 η συνολική δαπάνη παρουσίασε αύξηση 0,1%. Η μείωση της δαπάνης αφορούσε τόσο τον δημόσιο (4,7% το 2012 και 4,3% το 2013) όσο και τον ιδιωτικό τομέα (1,5% το 2012 και 5,6% το 2013). Κατά το 2013 μείωση παρουσίασαν και όλες οι επιμέρους δαπάνες, με εξαίρεση τις κεφαλαιουχικές επενδύσεις, οι οποίες όμως παρέμειναν μειωμένες σε σχέση με όλα τα προηγούμενα έτη.

Πίνακας 6.15.1: Δαπάνη Υπηρεσιών Υγείας, 2005 – 2013 (€ εκ.)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013*
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	408,2	449,6	458,4	511,8	552,7	576,2	607,1	578,4	553,6
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	476,3	518,0	547,8	603,5	627,5	660,8	718,1	707,7	668,3
Ατομική καταναλωτική δαπάνη, νοικοκυριά	447,6	487,0	524,6	575,0	598,9	638,3	676,0	696,8	654,1
Ιατρικά και φαρμακευτικά Προϊόντα	102,0	113,2	127,5	146,9	147,4	153,0	161,5	166,8	156,6
Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	20,2	22,7	23,1	26,9	22,2	22,9	24,2	25,0	23,5
Ιατροί, οδοντίατροι /άλλες ιατρικές υπηρεσίες	256,9	275,2	284,7	303,3	322,4	346,8	367,4	378,4	355,2
Νοσοκομειακή φροντίδα	68,5	75,9	89,3	97,9	106,9	115,6	122,9	126,6	118,8
Ατομική καταναλωτική δαπάνη, ΜΚΟ**	1,7	1,8	1,9	2,1	2,1	2,1	2,2	2,2	2,1
Επενδύσεις κεφαλαίου	27,0	29,2	21,3	26,4	26,5	20,4	39,9	8,7	12,1
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ	884,5	967,6	1.006	1.115	1.180	1.237	1.325	1.286	1.221
% του Α.Ε.Π	6,0	6,1	5,8	5,9	6,4	6,5	6,8	6,6	6,7

* Προκαταρκτικά στοιχεία

** Μη Κερδοσκοπικοί Οργανισμοί

Πηγή: Statistical Service Republic of Cyprus, 2015.

^{viii} Σύμφωνα με νεώτερα στοιχεία της Στατιστικής Υπηρεσίας (Μάρτιος, 2016) η τρέχουσα συνολική δαπάνη των υπηρεσιών υγείας το 2014 υπολογίστηκε στα €1.107,0 εκ. από τα οποία €448,1 εκ. αφορούσαν δημόσια δαπάνη και €658,9 εκ. ιδιωτική. Ως ποσοστό του Α.Ε.Π, η τρέχουσα δαπάνη μειώθηκε στο 6,4% το 2014 από 6,7% το 2013.^[141]

Σύμφωνα με νεώτερα στοιχεία, η συνολική δαπάνη υγείας σε σταθερές τιμές, όπως υπολογίστηκε με βάση τον δείκτη τιμών καταναλωτή (2010 = 110), για την περίοδο 2012 - 2014 παρουσίασε μείωση κατά 198,4 εκ. ευρώ (16,4%), με τη μεγαλύτερη μείωση να καταγράφεται το 2014 (9,4%) (πίνακας 6.15.2). Μείωση επίσης κατά 144,6 εκ. ευρώ (26,2%) παρουσίασε η δημόσια και κατά 53,8 εκ. ευρώ (8,2%), η ιδιωτική δαπάνη την περίοδο 2012 - 2014. Ωστόσο, τα δεδομένα αυτά για την ιδιωτική δαπάνη, δεν είναι σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat στον πίνακα 6.15.3 όπου μείωση της ιδιωτικής δαπάνης για πρώτη φορά καταγράφηκε το 2010, την οποία ακολούθησε αύξηση το 2011 και 2012.

Πίνακας 6.15.2 : Δαπάνη Υπηρεσιών Υγείας σε σταθερές τιμές, 2006 – 2014 (€ εκ.)*

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Συνολική	879,6	914,7	1.014	1.072,8	1.124,5	1.204,7	1.169,1	1.110,7	1.006,3
Δημόσια	408,7	416,7	465,4	502,4	523,8	551,9	525,8	503,2	407,3
Ιδιωτική	471,0	498,0	548,6	570,4	600,7	652,8	643,3	607,5	599,0

*Δείκτης τιμών καταναλωτή 2010 = 110

Πίνακας 6.15.3: Δαπάνη Υπηρεσιών Υγείας, 2004 – 2012

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ΣΥΝΟΛΙΚΗ (€ εκ.)	792.9	813.0	884.2	936.4	1,144.8	1,208.1	1,234.8	1,300.3	1,286.5
Συνολική(% ΑΕΠ)	5,98	5,98	6,03	5,89	6,67	7,17	7,09	7,27	7,26
Συνολική κατά κεφαλή PPP ¹ \$	1.487	1.576	1.682	1.735	2.165	2.265	2.221	2.232	2.266
ΔΗΜΟΣΙΑ (€ εκ.)	313.31	337.46	379.85	404.78	480.52	518.72	591.84	619.32	597.93
Δημόσια (% ΑΕΠ)	2,49	2,48	2,59	2,55	2,8	3,08	3,4	3,46	3,37
Δημόσια (% της συνολικής)	41,61	41,51	42,96	43,23	41,97	42,92	47,93	47,63	46,48
Δημόσια κατά κεφαλή PPP \$	652	659	713	739,3	895	1.013	961	966	977
ΙΔΙΩΤΙΚΗ (€ εκ.)	439.59	475.57	504.35	531.58	664.29	689.43	642.97	680.95	688.61
Ιδιωτική (% ΑΕΠ)	3,49	3,5	3,44	3,34	3,87	4,1	3,69	3,81	3,89
Ιδιωτική (% της συνολικής)	58,39	58,49	57,04	56,77	58,03	57,06	52,07	52,37	53,52
ΟΟΡ ² (€ εκ)	375.83	407.38	429.44	459.88	487.65	602.80	571.70	604.72	606.71
ΟΟΡ ως % της συνολικής δαπάνης	47,3	50	48,5	49,1	42,6	49,9	46,2	46,5	47,1

¹ Purchasing Power Parity, ² Out-of-Pocket

Πηγές: Eurostat, 2015. European Health for All database (WHO), 2015.

6.3.4 Χρήση Υπηρεσιών Υγείας

Όπως φαίνεται στον πίνακα 6.16.1 οι επισκέψεις των εξωτερικών ασθενών στα δημόσια εξωτερικά ιατρεία μειώθηκαν για πρώτη φορά το 2013 κατά 3,2 % (68.125) σε σύγκριση με το 2012 ύστερα από σειρά ετών αυξητικής τάσης. Μείωση επίσης κατά 14,6% (57.671) παρουσίασαν και οι επισκέψεις στα Τμήματα Επειγόντων των γενικών δημόσιων νοσοκομείων το 2013 σε σχέση με το 2012, ενώ η μείωση συγκριτικά με το 2009, τη χρονιά δηλαδή με τον μεγαλύτερο αριθμό επισκέψεων, φτάνει το 17,8% (73.287). Ανάλογη εικόνα παρουσίασαν οι επισκέψεις στα δημόσια οδοντιατρεία, καταγράφοντας μείωση κατά 7,6% το 2013 σε σύγκριση με το 2012. Μείωση 2,1% παρουσίασαν και τα εξιτήρια ασθενών των δημοσίων γενικών νοσοκομείων το 2013 σε σχέση με το 2012, ωστόσο παρέμειναν σε υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με όλα τα άλλα προηγούμενα έτη. Σε σχέση με τις εισαγωγές στα δημόσια νοσοκομεία την περίοδο 2006 – 2011, αυτές σημείωσαν σταδιακή αύξηση, με τη διαφορά στην αύξηση να ανέρχεται στο 14% το 2011 συγκριτικά με το 2008. Αύξηση επίσης κατά 7,4% σημείωσαν οι χειρουργικές επεμβάσεις στα δημόσια νοσοκομεία το 2013 συγκριτικά με το 2012, φτάνοντας στα επίπεδα του 2008, έπειτα από την πτωτική τάση που παρουσίασαν την περίοδο 2009 – 2011.

Πίνακας 6.16.1: Δείκτες Υγείας, 2006 – 2013*

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Επισκέψεις ΕΙ	1.533.55	1.596.410	1.673.221	1.824.110	1.914.635	1.988.692	2.104.269	2.036.244
Επισκέψεις ΤΕΠ	362.949	389.562	392.740	411.951	400.992	411.770	396.335	338.664
Οδοντιατρικές	114.122	87.588	114.884	109.904	121.419	127.002	138.939	128.343
Εισαγωγές								
Γενικά Νοσοκ.	58.162	64.425	71.905	72.693	81.462	82.028	...	...
Νοσοκομείο Αθαλάσσης	367	409	415	381	442	430	...	...
Αγροτικά Νοσοκομεία	2.057	1.093	902	809	1.046	1.411	...	...
Εξιτήρια								
Γενικά Νοσ/μια	57.540	63.344	66.429	69.612	74.975	75.441	80.369	78.670
Αθαλάσσης	362	420	418	368	431	439	399	382
Αγροτικά	1.994	1.094	860	790	1.005	1.315	1.338	1.499

Χειρουργικές επεμβάσεις	27.429	27.699	33.810	30.342	30.618	29.663	31.510	33.848
Αριθμός κλινών								
Σύνολο	2.864	2.916	2.977	3.040	2.958	2.988	2.990	2.938
Δημόσιος	1.430	1.448	1.479	1.516	1.514	1.517	1.543	1.525
Ιδιωτικός	1.434	1.468	1.498	1.524	1.444	1.471	1.447	1.413
Κάλυψη κλινών								
Γεν. νοσοκομεία	78,8	76,0	88,2	85,6	85,9	92,4	77,0	75,5
Αθαλάσσιες	84,8	69,8	62,5	62,5	69,7	72,3	63,9	68,1
Αγροτικά	37,4	21,1	...	55,7	42,1	53,8	47,5	50,8
Προσωπικό								
Ιατρικό:								
Συνολικό	1.950	2.143	2.218	2.296	2.425	2.553	2.630	2.777
Δημόσιο	645	688	726	758	800	848	839	962
Ιδιωτικό	1.305	1.455	1.492	1.538	1.625	1.705	1.791	1.815
Οδοντιατρικό:								
Συνολικό	715	723	743	757	772	783	816	829
Δημόσιο	41	43	43	40	40	41	38	38
Ιδιωτικό	674	680	700	717	732	742	778	791
Νοσηλευτικό:								
Συνολικό	3.394	3.612	3.615	3.806	3.957	4.189	4.163	4.261
Δημόσιο	2.691	2.870	2.879	3.018	3.144	3.256	3.233	3.310
Ιδιωτικό	703	742	736	788	813	933	930	951
Παραϊατρικό:								
Δημόσιο	873	959	1.019	1.032	1.031	1.091	1.083	1.078

*Σύμφωνα με νεώτερα στοιχεία, οι επισκέψεις των εξωτερικών ασθενών στα Ε.Ι των δημόσιων νοσοκομείων, το 2014 μειώθηκαν κατά 9,6% συγκριτικά με το 2013, φτάνοντας τις 1.841.084. Μείωση κατά 12,6% το 2014 σε σχέση με το 2013 παρουσίασαν και οι επισκέψεις ασθενών στα Τμήματα Επειγόντων των γενικών νοσοκομείων.^[141]

Πηγή: Statistical Service, Republic of Cyprus 2015

Όσον αφορά τον αριθμό του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, παρουσίασε συνεχή αύξηση από το 2006 έως το 2013, τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα, με αποτέλεσμα ο αριθμός ατόμων ανά ιατρό να μειωθεί από 370 στα 312 άτομα και ανά νοσηλεύτη από 230 σε 209 άτομα το 2013 συγκριτικά με το 2006. Ο συνολικός αριθμός των κλινών μειώθηκε κατά 102 το 2013 συγκριτικά με το 2009, με την μείωση να αφορά τον ιδιωτικό τομέα, το δε ποσοστό κάλυψης των κλινών στα δημόσια γενικά νοσοκομεία, το 2013 σημείωσε μείωση κατά 9,4% και 5,2% συγκριτικά με το 2011 και το 2008 αντίστοιχα. Μείωση επίσης κατά 0,7 ημέρες κατέγραψε η μέση διάρκεια νοσηλείας το 2013 έναντι του 2008 (πίνακας 6.16.2),

Πίνακας 6.16.2: Δείκτες Υγείας, 2004 – 2013

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Άτομα ανά ιατρό	370	374	385	358	357	354	344	335	330	312
Άτομα ανά οδοντίατρο	1.044	1.041	1.049	1.060	1.057	1.066	1.072	1.084	1.059	1.040
Άτομα ανά νοσηλεύτη (συμπερ/νων μαιών)	230	234	227	218	223	219	216	209	215	209
Άτομα ανά νοσοκομειακή κλίνη	237	259	262	263	264	266	280	284	288	293
Νοσοκομειακές κλίνες ανά νοσηλεύτη-τρια	1,0	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7
ανά 10,000 άτομα	42,3	38,6	38,2	38,0	37,9	37,7	35,7	35,2	34,7	34,1
Ημέρες νοσηλείας	...	6,1	5,8	5,3	5,4	5,6	5,4	5,3	4,7	4,7

Πηγή: Statistical Service, Republic of Cyprus 2015

6.3.5 Ανισότητες στην υγεία

6.3.5.1 Ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρική φροντίδα

Στον πίνακα 6.17 παρουσιάζονται οι ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρική φροντίδα όπως αυτές δηλώθηκαν από τους ασθενείς (self-reported) κατά την περίοδο 2005 – 2014. Το 2014 καταγράφηκε το υψηλότερο ποσοστό (4,7%) στο γενικό πληθυσμό, σημειώνοντας αύξηση κατά 1,9% σε σχέση με το 2008 που ήταν το χαμηλότερο ποσοστό, ενώ στους ανέργους, οι οποίοι διαχρονικά δηλώνουν υψηλότερο ποσοστό ανικανοποίητων αναγκών, η αύξηση την περίοδο 2008 – 2013 ήταν επίσης 1,9%. Όσον αφορά την ηλικιακή ομάδα, τα υψηλότερα ποσοστά παρουσίασε αυτή των 44 – 64 ετών, με την αύξηση να ανέρχεται στο 3,6% το 2014 συγκριτικά με το 2008. Υψηλότερο ποσοστό παρουσίασε και η ομάδα με το χαμηλότερο εισόδημα (7,7%), με τη διαφορά μεταξύ αυτής και της υψηλότερης εισοδηματικής ομάδας (5^ο πεμπτημόριο) να διευρύνεται το 2014 σε σχέση με το 2008 (6,5% το 2014 έναντι 5,1% το 2008).

Πίνακας 6.17: Αυτοαναφερόμενες ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρική φροντίδα, 2005 - 2014

Πολύ ακριβή ή πολύ μακριά ή λίστα αναμονής	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
% πληθυσμού	3,2	3,1	3,6	2,8	3,5	4,1	4,4	3,5	4,4	4,7
% των ανέργων	8,7	7,5	5,2	6,2	6,8	10,8	6,6	7,2	8,1	...
Κατά ηλικιακή ομάδα										
16 – 24	1,4	0,4	1	0,7	1	1,9	1,2	1,8	1,3	1,4
25 – 34	2,3	2,5	2,5	2,3	2,9	3,6	4	3,7	4,6	3,7
34 – 44	3,9	3,3	2,9	4	4,9	5,6	3,9	3,9	4,5	5,4
44 – 64	4,3	4,9	4,7	3,5	4,5	5,3	6,4	4,7	6,6	7,1
65+	3,2	3,1	6,5	3	3	3,1	5	2,3	2,9	4,1
Κατά εισοδηματική κατηγορία										
Q0_20	6,2	6,5	9,1	5,6	5,1	6,4	6,9	6,3	6,7	7,7
Q20_40	5,2	4,4	4,4	4	5,9	6,8	6,4	4,8	6,7	6,3
Q40_60	2,8	2,5	2,4	2,7	4,2	3,7	4,9	3,2	5,1	5,1
Q60_80	1,4	1,5	1,8	1,1	1,6	2,9	2,8	2,2	2,5	2,9
Q80_100	0,4	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	1	0,9	0,8	1,2

Πηγή: Eurostat, 2015.

6.3.5.2 Αυτοπροσδιοριζόμενο επίπεδο υγείας

Όπως φαίνεται στον πίνακα 6.18 το ποσοστό του πληθυσμού της Κύπρου που προσδιορίζει την υγεία του ως πολύ καλή + καλή δεν φάνηκε διαχρονικά να διαφοροποιείται σημαντικά. Το 2014 ανήλθε στο υψηλότερο ποσοστό του 77,7%, ενώ το χαμηλότερο ποσοστό (75,1%) καταγράφηκε το 2005, παρουσιάζοντας έτσι αυξητική τάση κατά την περίοδο 2005 – 2014, με εξαίρεση το 2010 και 2013. Αντίθετα, το ποσοστό του πληθυσμού με κακή υγεία την αντίστοιχη περίοδο φαίνεται να μειώνεται σταδιακά (από 7,3% στο 4,5%) με εξαίρεση πάλι το 2010 και 2013.

Πίνακας 6.18: Αυτοπροσδιοριζόμενη (Self-perceived) υγεία, 2005 - 2014

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Πολύ καλή	47,6	48,7	45,9	48,9	43,1	44	47	46,6	45,7	45,3
Καλή	27,5	27,5	30,9	27,9	32,6	30,6	28,8	30,6	30,7	32,4
Πκαλή+Καλή	75,1	76,2	76,8	76,8	75,7	74,6	75,8	77,2	76,4	77,7
Μέτρια (Fair)	15	14,5	13,5	15,4	15,6	17,2	16,3	16,1	16,5	16,9
Κακή	7,3	7,7	7,1	6,8	6,4	6,6	5,4	5,2	6	4,5

Πηγή: Eurostat, 2015.

7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η οικονομία της Κύπρου, επί σειρά ετών μέχρι και την έναρξη της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης το 2007/8, παρουσίαζε σημαντικούς ρυθμούς ανάπτυξης, υψηλότερους από αυτούς της ευρωζώνης.^[4,16,60] Αυτές οι καλές οικονομικές συνθήκες ήταν σε σημαντικό βαθμό αποτέλεσμα του υπέρμετρου δανεισμού και κατανάλωσης στην οικονομία που οδήγησαν στη δημιουργία σοβαρών μακροοικονομικών ανισορροπιών.^[134] Η οικονομική κρίση επιδείνωσε αυτές τις ανισορροπίες και οδήγησε σε απότομη αναστροφή αυτών, καθιστώντας την κυπριακή οικονομία αντιμέτωπη με μια πρωτοφανή κρίση η οποία κλιμακώθηκε στις αρχές του 2013. Αποτέλεσμα τούτων ήταν η Κύπρος να συνάψει συμφωνία (Μνημόνιο) με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (Τρόικα) για παραχώρηση δανείου ύψους 10 δις. ευρώ, υπό την προϋπόθεση, μεταξύ άλλων, λήψης μέτρων δημοσιονομικής λιτότητας, τα οποία σε συνδυασμό με την οικονομική κρίση όπως πληθώρα μελετών υποστηρίζει, έχουν αρνητικές συνέπειες στο επίπεδο υγείας και στις υπηρεσίες υγείας.^[12-15]

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της μελέτης, η οικονομία κατέγραψε συρρίκνωση κατά 1,9% για πρώτη φορά το 2009 και επανεμφάνισε αρνητική πορεία από το 3^ο τρίμηνο του 2011, με το Α.Ε.Π να σημειώνει μείωση για 14 συνεχόμενα τρίμηνα, έως δηλαδή και το τέλος του 2014. Αθροιστικά, η μείωση του Α.Ε.Π κατά την περίοδο 2008 – 2014 είναι της τάξης του 10,4%. Αντίστοιχη αρνητική πορεία παρουσιάζει και το κατά κεφαλή εισόδημα, το οποίο σύμφωνα με τα επικαιροποιημένα στοιχεία της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας (Eurostat) για τους Εθνικούς Λογαριασμούς, σε όρους αγοραστικής δύναμης (Purchasing Power Standard - PPS), το 2013 ανήλθε στις 23.600 ευρώ, που αντιστοιχεί στο 89% του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ28) και στο 83% του μέσου όρου της Ευρωζώνης, ενώ το 2014 σημείωσε περεταίρω μείωση φτάνοντας τις 23.200 ευρώ (85% του ΕΕ28 / 15^η θέση), καταγράφοντας μείωση 17 μονάδων συγκριτικά με το 2010 όπου ανερχόταν στις 102 μονάδες.^[135]

Παράλληλα, επιδείνωση σημείωσαν και άλλοι βασικοί μακροοικονομικοί δείκτες. Το δημοσιονομικό ισοζύγιο από πλεονασματικό, περίπου 1% το 2008, μετατράπηκε το 2014 σε ελλειμματικό της τάξης του 8,9%. Σημαντική αύξηση παρουσιάζει και το δημόσιο χρέος, το οποίο το 2014 έφτασε στο 107,5% του Α.Ε.Π σε σύγκριση με 44,3% το 2008, λόγω των

αρνητικών δημοσιονομικών εξελίξεων, των υποτονικών και μετέπειτα αρνητικών ρυθμών ανάπτυξης και πιο πρόσφατα της στήριξης του τραπεζικού τομέα. Αύξηση επίσης κατά 15,4% το 2014 καταγράφει και το έλλειμμα του εμπορικού ισοζυγίου. Σημειώνεται ότι το εμπορικό ισοζύγιο της Κύπρου χαρακτηρίζεται από χρόνια ελλειμματικότητα, λόγω του ότι η κυπριακή οικονομία βασίζεται στις υπηρεσίες σε ποσοστό πέραν του 80%.^[60] Ακόμη, ο ρυθμός πληθωρισμού παρουσίασε πτωτική πορεία από το 2011 και εντεύθεν με αποτέλεσμα το 2014 να διαμορφωθεί στο -0,4%. Διαδοχικοί αρνητικοί ρυθμοί πληθωρισμού καταγράφηκαν στην κυπριακή οικονομία την περίοδο Οκτωβρίου 2013 – Μαΐου 2014, ως αποτέλεσμα της εγχώριας ύφεσης, ιδιαίτερα της σημαντικής μείωσης στις απολαβές και των μειώσεων στις τιμές της ενέργειας, ενώ τον Οκτώβριο του 2015, η Κύπρος κατέγραψε τον υψηλότερο αποπληθωρισμό στην Ευρωζώνη.^[136]

Όσον αφορά τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, τα δεδομένα της μελέτης δείχνουν επιδείνωση της κοινωνικής κατάστασης στην Κύπρο κατά τα τελευταία χρόνια της υπό εξέταση περιόδου. Πιο συγκεκριμένα, η ανεργία ακολούθησε μια ραγδαία συνεχή αυξανόμενη πορεία, από 3,7% το 2008 ανέβηκε στο 16,1% του εργατικού δυναμικού το 2014, έναντι 7,6% και 11,6% αντίστοιχα στην Ευρωζώνη, παρά του γεγονότος ότι η ύφεση στην Κύπρο ακολουθεί την μορφή της διπλής βουτιάς (ύφεση το 2009 και 2012 - 2014). Σημαντική επίσης αύξηση καταγράφουν τα ποσοστά της μακροχρόνιας ανεργίας (από 0,5% το 2008 στο 7,8% το 2014, έναντι 6,5% στην Ευρωζώνη) και της ανεργίας των νέων (από 9% το 2008 στο 38,9% το 2013 και 36% το 2014).

Επιπρόσθετα, το ποσοστό των ατόμων που αντιμετωπίζουν κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού αυξήθηκε σημαντικά μετά την κρίση, φτάνοντας σε 27,8 % του συνολικού πληθυσμού το 2013 και 27,4% το 2014, πολύ πιο πάνω από τον μέσο όρο της Ε.Ε (24,5% το 2013/14) και τον στόχο που έχει θέσει η Κύπρος για τη φτώχεια (19,3%).^[137] Η αύξηση αντικατοπτρίζεται και στους 3 επιμέρους δείκτες, δηλαδή, της χρηματικής ένδειας (σε 15,3% το 2013), της σοβαρής υλικής στέρησης (σε 16,1% το 2013 έναντι 6,6% το 2009 και 9,6% του μέσου όρου της Ε.Ε) και του ποσοστού των ατόμων που ζουν σε νοικοκυριά με πολύ χαμηλή ένταση εργασίας (7,9% το 2013 και 6,5% το 2012). Παρά τη γενική αύξηση των ατόμων που αντιμετωπίζουν κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, δεν επηρεάζονται κατά τον ίδιο τρόπο όλες οι ηλικιακές ομάδες. Ενώ το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων έχει μειωθεί από 33,4% το 2012 σε 26,1% το 2013, σαν αποτέλεσμα της σταδιακής μείωσης του

διαθέσιμου εισοδήματος του μεγαλύτερου μέρους του εργαζόμενου πληθυσμού και του σταθερού σχετικά εισοδήματος των ηλικιωμένων, το ποσοστό για τους νέους και τα άτομα σε ηλικία εργασίας αυξήθηκε από 27,5% και 25,8% το 2012 σε 27,7% και 28,2% το 2013. Σημειώνεται ότι, το χρηματικό όριο κινδύνου φτώχειας μειώθηκε για πρώτη φορά από €10.156 το 2012 σε €9.524 το 2013.^[138] Στην Ε.Ε η πιο ευάλωτη ομάδα το 2012 ήταν τα παιδιά με ποσοστό 28,1%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Κύπρο ήταν 27,5%. Η πρόσφατη καθιέρωση του ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος, με την οποία, μεταξύ άλλων, θεσπίστηκε εγγυημένο ελάχιστο εισόδημα για τους φτωχούς εργαζόμενους και τους μακροχρόνια ανέργους, αναμένεται να μειώσει τον αριθμό των ατόμων που αντιμετωπίζουν κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού.^[137]

Όσον αφορά τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού της Κύπρου, όπως αυτές διερευνήθηκαν μέσα από διάφορους δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι μερικοί από αυτούς καταγράφουν επιδείνωση ενώ κάποιοι άλλοι βελτίωση, ευρήματα τα οποία είναι σύμφωνα με τη διεθνή επί του θέματος βιβλιογραφία.^[89,90,102] Πιο συγκεκριμένα, το ποσοστό γενικής θνησιμότητας από όλες τις αιτίες, κατά την υπό εξέταση περίοδο παρουσιάζει μείωση, τόσο πριν την κρίση όσο και μετά, με αποτέλεσμα το προσδόκιμο επιβίωσης να παρουσιάζει σταθερή αυξητική τάση και να υπερβαίνει του μέσου όρου στην Ε.Ε. Μείωση επίσης παρουσιάζουν τα ποσοστά βρεφικής και μητρικής θνησιμότητας καθώς και η προτυποποιημένη θνησιμότητα από ορισμένες παθήσεις, όπως της ισχαιμικής καρδιακής νόσου, της ηπατοπάθειας και της σχετιζόμενης με το οινόπνευμα. Σημαντική μείωση, της τάξης του 45,2%, παρατηρείται και στον αριθμό των θανάτων από τροχαία κατά την περίοδο 2008 - 2014. Αντίθετα, η θνησιμότητα από ψυχικές διαταραχές και λοιμώδη νοσήματα φαίνεται να παρουσιάζει κάποια αύξηση. Αύξηση κατά 26,8% παρουσιάζει και η θνησιμότητα από αυτοκτονίες, με την αύξηση στον αντρικό πληθυσμό να ανέρχεται στο 43,7%, την περίοδο 2009 – 2013. Η αύξηση στους άντρες, κυρίως της ηλικιακής ομάδας 24 – 45 χρονών, θα μπορούσε να αποδοθεί στην υψηλότερη ανεργία στον αντρικό πληθυσμό εκείνη την περίοδο. Θα πρέπει ωστόσο να σημειωθεί ότι δεν αναμένεται άμεσα οποιαδήποτε διαφοροποίηση στη θνησιμότητα, με εξαίρεση τις αυτοκτονίες και τους θανάτους από τροχαία, αφού η όποια επίπτωση της κρίσης αποτυπώνεται σε αυτή πολύ αργά, σε βάθος χρόνου.

Όσον αφορά τη νοσηρότητα, αύξηση φαίνεται να παρουσιάζουν οι νέες περιπτώσεις AIDS (κατά περίπου 50%) και φυματίωσης, αν και η δεύτερη καταγράφει κάποια μείωση το 2013 και 2014. Ωστόσο, σύμφωνα με νεότερα δεδομένα, το 2015 καταγράφηκε αύξηση κατά 50% των νέων περιπτώσεων φυματίωσης σε σχέση με το 2014 και 2013, κυρίως λόγω των οικονομικών μεταναστών.^[139] Αύξηση επίσης παρατηρείται και στη ψυχική νοσηρότητα, παρά τα ελλιπή δεδομένα, όπως αυτή αποτυπώνεται μέσα από την αύξηση των εισαγωγών και των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία. Ενδιαφέροντα είναι επίσης τα δεδομένα για τους ενδοφλέβιους χρήστες ουσιών. Ενώ ο συνολικός αριθμός αυτών μειώνεται κατά τα χρόνια της κρίσης, η ηλικιακή ομάδα 35+ παρουσιάζει διπλάσια αύξηση, γεγονός που ενδεχομένως οφείλεται σε υποτροπές και όχι σε νέα περιστατικά, αφού η μέση ηλικία έναρξης ενδοφλέβιων ουσιών στην Κύπρο το 2010 ήταν η ηλικία των 27 χρονών.^[140] Στα ίδια αποτελέσματα καταλήγουν πολλές άλλες μελέτες, προερχόμενες κυρίως από την Ελλάδα.^[12,110,114]

Ως αποτέλεσμα των πολιτικών για δημοσιονομική εξυγίανση που εφάρμοσε η Κύπρος τα τελευταία χρόνια και των συστάσεων της Τρόικα για ενίσχυση της οικονομικής βιωσιμότητας του συστήματος υγείας μέσω των μέτρων λιτότητας, η συνολική δαπάνη υγείας μειώθηκε από 6,8% του Α.Ε.Π το 2011 σε 6,6% το 2012 αυξήθηκε στο 6,7% το 2013 και μειώθηκε πάλι στο 6,4% το 2014.^[141] Στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α η συνολική δαπάνη υγείας, κατά μέσο όρο, ανερχόταν στο 8,9% το 2013, 9,2% το 2012 και 9,3% το 2011, με το ρυθμό αύξησης της δαπάνης να ανέρχεται το 2013 στο 1%, πολύ κάτω από τα προ της κρίσης επίπεδα (3,8% την περίοδο 2000 -2009).^[142] Η δημόσια δαπάνη, σε πραγματικούς όρους (αποπληθωριστικές τιμές), μειώθηκε κατά 26,2% (144,6 εκ. ευρώ) την περίοδο 2012 – 2014, παρά το γεγονός ότι η Κύπρος δαπανά διαχρονικά τα λιγότερα χρήματα στην Ε.Ε για τη δημόσια υγεία, με αποτέλεσμα να είναι η μόνη χώρα σε αυτήν όπου η δημόσια δαπάνη υγείας είναι μικρότερη της ιδιωτικής. Μείωση κατά 8,2% (53,8 εκ. ευρώ) παρουσίασε και η ιδιωτική δαπάνη, με τις άμεσες πληρωμένες να παραμένουν ωστόσο σε πολύ υψηλό επίπεδο (46% το 2013), το υψηλότερο στην Ε.Ε όπου ο μέσος όρος των άμεσων πληρωμών για το 2013 ήταν στο 15,8%.^[143] Επιπρόσθετα, παρά τη μείωση της ιδιωτικής δαπάνης, η αντίστοιχη αναλογική συνεισφορά της στη συνολική δαπάνη αυξήθηκε (περίπου στο 60% το 2014 από 55% το

2013),^{ix} γεγονός το οποίο σε συνδυασμό με την αύξηση του ποσοστού των πολιτών που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας, οδηγεί πιθανότατα στην αύξηση των νοικοκυριών τα οποία υπόκεινται σε καταστροφικές δαπάνες για τη φροντίδα υγείας. Σε σχέση με άλλες χώρες, κατά την περίοδο 2009 – 2012, η δαπάνη για την υγεία σε πραγματικούς όρους στην Ε.Ε μειώθηκε κατά μέσο όρο 0,6% ετησίως, σε σύγκριση με την ετήσια αύξηση κατά 4,7% μεταξύ 2000 – 2009, ως αποτέλεσμα κυρίως των περικοπών στους μισθούς και στο εργατικό δυναμικό του τομέα της υγείας, των μειώσεων στις τιμές των φαρμάκων και της αυξημένης συμμετοχής των πολιτών στο κόστος. Μετά το 2012, η δαπάνη για την υγεία συνέχισε να μειώνεται στην Ελλάδα, την Ιταλία, την Πορτογαλία, την Ισπανία, τη Τσεχία και την Ουγγαρία.^[144]

Το υψηλό ποσοστό άμεσων πληρωμών και η μη καθολική κάλυψη του πληθυσμού από το υφιστάμενο σύστημα υγείας της Κύπρου, δημιουργούν διαχρονικά ανισότητες και φραγμούς ως προς την πρόσβαση σε ποιοτική φροντίδα υγείας, προβλήματα που φαίνεται να οξύνονται μετά την κρίση, όπως καταγράφεται από την αύξηση του ποσοστού των ανικανοποίητων αναγκών για την υγεία και τη μείωση των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία και στα τμήματα επειγόντων των δημοσίων νοσοκομείων. Οι επιπτώσεις αυτές φαίνεται να οφείλονται στην εισαγωγή των συμπληρωμών στο δημόσιο σύστημα από τον Αύγουστο 2013, στο υψηλό ποσοστό ανεργίας και στη μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος των νοικοκυριών. Σχετικά με τις συμπληρωμές, οι οποίες αποτελούν κοινή πρακτική για τους διαμορφωτές της πολιτικής υγείας σε πολλές χώρες για μείωση της λιγότερο αναγκαίας ζήτησης και άντλησης επιπλέον οικονομικών πόρων, πρόσφατη μελέτη στην Κύπρο έδειξε ότι, 8,1% των ερωτηθέντων δανείστηκε χρήματα για να τις πληρώσουν και το 12%, ενώ είχε την ανάγκη για ιατρικές υπηρεσίες δεν το έπραξε λόγω των τελών που θα πλήρωνε.^[145] Παρόλα αυτά, ένα υψηλό ποσοστό του πληθυσμού σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης, εξακολουθεί να προσδιορίζει την υγεία του ως πολύ καλή και καλή (77,7% το 2014 έναντι 76,8% το 2008).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον προκαλούν τα ευρήματα σχετικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι επισκέψεις ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία, στα τμήματα

^{ix} Η συνεισφορά της ιδιωτικής δαπάνης υγείας στη συνολική δαπάνη πιθανό να είναι ακόμη μεγαλύτερη από αυτή που φαίνεται διαχρονικά στις επίσημες στατιστικές, εάν ληφθεί υπόψη και το ενδεχόμενο αδήλωτων εισοδημάτων των ιδιωτών – αυτοεργαζομένων ιατρών.^[124]

επειγόντων και στα οδοντιατρεία του δημόσιου τομέα παρουσιάζουν μείωση κατά το 2013. Η τάση αυτή συνεχίζεται και το 2014, σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα της Στατιστικής Υπηρεσίας.^[141] Σε αντίθεση, αύξηση παρουσιάζουν οι χειρουργικές επεμβάσεις το 2013 φτάνοντας στα επίπεδα του 2008 και οι εισαγωγές στα δημόσια νοσοκομεία μέχρι το 2011, όπου υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, με την αύξηση των εισαγωγών ενδεχομένως να υποδηλώνει δυσχέρεια πρόσβασης, χαμηλή χρήση (αντίστροφη υποκατάσταση) ή ανεπάρκεια της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Φαινόμενο, που εάν συνεχίζεται και τα επόμενα έτη, θα έχει αρνητικές οικονομικές επιπτώσεις, αφού αυξάνει το κόστος της δαπανηρής νοσοκομειακής φροντίδας και τις ιδιωτικές πληρωμές, υποδεικνύοντας ωστόσο, τη φύση και τον χαρακτήρα των αναγκαίων μεταρρυθμίσεων που πρέπει να διασφαλίζονται με το αναμενόμενο ΓΕΣΥ. Παράλληλα, ο αριθμός των επαγγελματιών υγείας, τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα, συνεχίζει να παρουσιάζει αυξητική τάση και τα χρόνια της κρίσης, ενώ ο αριθμός των κλινών δεν διαφοροποιείται σημαντικά, με το ποσοστό κάλυψης αυτών να σημειώνει μείωση το 2012 και 2013. Τα πιο πάνω ευρήματα δεν είναι σύμφωνα με μελέτες οι οποίες αναφέρουν αύξηση της ζήτησης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης.^[146] Είναι όμως σύμφωνα με μελέτες που δείχνουν ότι, ένα υψηλότερο ποσοστό ανεργίας παρουσιάζει ισχυρή συσχέτιση με λιγότερη χρήση υπηρεσιών υγείας, γεγονός το οποίο μπορεί να έχει μακροχρόνιες επιπτώσεις, οι οποίες δεν είναι ακόμα εμφανείς.^[102]

7.1 Περιορισμοί της μελέτης

Αυτή η μελέτη υπόκειται σε πολλούς περιορισμούς και ως εκ τούτου τα ευρήματα, πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή, λαμβάνοντας υπόψη ότι η ποσοτικοποίηση των επιπτώσεων της τρέχουσας οικονομικής κρίσης και των εφαρμοζόμενων πολιτικών λιτότητας στην Κύπρο είναι πολύ δύσκολη αυτή την ώρα λόγω έλλειψης επαρκώς επικαιροποιημένων και σχετικών δεδομένων. Σε αντίθεση με τους δείκτες της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, οι οποίοι είναι σε μεγάλο βαθμό έγκαιροι και έγκυροι, οι δείκτες υγείας εμφανίζουν σημαντικές ελλείψεις, ιδιαίτερα της ψυχικής υγείας και χρονική υστέρηση πολλές φορές πέραν των 2 ετών, καθιστώντας αδύνατη την εξαγωγή ασφαλών και έγκαιρων συμπερασμάτων, αφού η κρίση στην Κύπρο άρχισε ουσιαστικά το 2011 και κλιμακώθηκε αρχές του 2013. Επιπροσθέτως, πολλά από τα δεδομένα της μελέτης σχετικά με τους δείκτες υγείας αφορούν κυρίως τον δημόσιο τομέα, συνεπώς η γενίκευση των αποτελεσμάτων εμπεριέχει κινδύνους.

Ακόμη, η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε, δηλαδή της συλλογής, σύνθεσης και ανάλυσης δευτερογενών δεδομένων, δεν επιτρέπει την εξαγωγή αιτιακών σχέσεων μεταξύ των προσδιοριστών (οικονομικών μεταβολών) και των εκβάσεων (επιπέδου υγείας), καθώς δεν έγινε στατιστική επεξεργασία των δεδομένων και υπολογισμός της στατιστικής σημαντικότητας των ευρημάτων. Θα πρέπει επίσης να ληφθεί υπόψη και το γεγονός ότι η επίδραση των οικονομικών μεταβολών στον τομέα της υγείας είναι σε μεγάλο βαθμό σωρευτική στη διάρκεια του χρόνου, συνεπώς οι οποιοσδήποτε επιπτώσεις θα καταστούν εμφανείς σε μέσο και μακροπρόθεσμο ορίζοντα.

8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η οικονομία της Κύπρου παρουσίασε επιδείνωση από το δεύτερο μισό του 2011 και εντεύθεν, με το Α.Ε.Π της χώρας να καταγράφει συνεχή συρρίκνωση έως το τέλος του 2014, ενώ το 2015 η οικονομία φαίνεται να ανακάμπτει. Επιδείνωση σημείωσαν και όλοι οι άλλοι μακροοικονομικοί και κοινωνικοί δείκτες, με κύρια χαρακτηριστικά την μείωση του εισοδήματος των νοικοκυριών, την σημαντική αύξηση της ανεργίας και δη της μακροχρόνιας και των νέων, την αύξηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού.

Οι δύσκολες οικονομικές συνθήκες που δημιουργήθηκαν και η συνακόλουθη ύφεση σε συνδυασμό με τις πολιτικές λιτότητας που εφαρμόστηκαν, οι οποίες περιλαμβάνουν και τον τομέα της υγείας, έως τώρα φαίνεται να έχουν ανάμικτα αποτελέσματα στο επίπεδο υγείας των κυπρίων πολιτών και στις υπηρεσίες υγείας, αφού κάποιοι από τους δείκτες που διερευνήθηκαν παρουσιάζουν βελτίωση, ενώ κάποιοι άλλοι επιδεινωση. Ως εκ τούτου, ο υπολογισμός του καθαρού αποτελέσματος της κρίσης στην υγεία, λαμβάνοντας υπόψη και το ενδεχόμενο μακροχρόνιων επιπτώσεων, καθίσταται πολύ δύσκολος, αν και κάποιες άμεσες συνέπειες είναι ήδη εμφανείς. Πιο συγκεκριμένα, η γενική θνησιμότητα, συμπεριλαμβανομένων της βρεφικής και μητρικής, συνεχίζει να μειώνεται, με αποτέλεσμα η αυξητική τάση του προσδόκιμου επιβίωσης να συνεχίζεται και μετά την κρίση περίοδο. Μείωση επίσης παρατηρείται και στον αριθμό των θανάτων από τροχαίες συγκρούσεις. Από την άλλη, η θνησιμότητα από ψυχικές διαταραχές, ορισμένα λοιμώδη νοσήματα και οι αυτοκτονίες φαίνεται να παρουσιάζουν κάποια αύξηση. Αύξηση επίσης παρουσιάζουν και οι νέες περιπτώσεις AIDS, φυματίωσης και η νοσηρότητα από ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές.

Τα χρόνια προβλήματα των υπηρεσιών υγείας έχουν επίσης οξυνθεί κατά την περίοδο της κρίσης. Η δημόσια δαπάνη για την υγεία, παρά τη χαμηλή της διαχρονικά συνεισφορά στη συνολική, σημείωσε περεταίρω μείωση, ως αποτέλεσμα των πολιτικών περιορισμού των δημόσιων δαπανών. Μικρότερη μείωση παρουσιάζει και η ιδιωτική δαπάνη, παραμένοντας ωστόσο σε υψηλά επίπεδα σε σχέση με τη συνολική. Το δεδομένο αυτό, σε συνδυασμό με το υψηλό ποσοστό φτώχειας που καταγράφεται τα τελευταία χρόνια, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι ο αριθμός των νοικοκυριών που υπόκειται σε καταστροφική δαπάνη για υπηρεσίες υγείας έχει αυξηθεί. Παράλληλα, παράγοντες, τόσο εκτός του συστήματος υγείας όπως η μείωση του

εισοδήματος, η εκτίναξη της ανεργίας και η απορρύθμιση της αγοράς εργασίας, όσο και εντός του συστήματος, όπως η αύξηση του αριθμού των ανασφαλιστών και η αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας (συμπληρωμές), έχουν εντείνει τα προβλήματα πρόσβασης και οδήγησαν στη διεύρυνση των ανισοτήτων. Απόρροια τούτων είναι η μειωμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας, με ενδεχομένως αρνητικές μακροχρόνιες επιπτώσεις στην οικονομία και στις εκβάσεις της υγείας, ιδιαίτερα των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού.

Τα δεδομένα της μελέτης επιβεβαιώνουν την υπόθεση ότι η οικονομική κρίση και τα μέτρα λιτότητας που εφαρμόζονται για την αντιμετώπιση της, συνιστούν διττό παράγοντα κινδύνου για την υγεία των πολιτών και δη των πλέον αδύναμων κοινωνικών ομάδων. Είναι σαφές ότι στη διαμόρφωση του τελικού αποτελέσματος των επιπτώσεων της κρίσης στον τομέα της υγείας, πέραν της κρίσης αυτής καθεαυτής, καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει η απάντηση σε αυτήν, η υιοθέτηση δηλαδή περιοριστικών ή επεκτατικών πολιτικών σε συνθήκες οικονομικής ύφεσης. Τα εμπειρικά δεδομένα άλλων μελετών δείχνουν επίσης ότι οι αρνητικές συνέπειες της κρίσης στην υγεία μπορούν να αντιμετωπιστούν με την έγκαιρη δράση της δημόσιας πολιτικής. Παρά το γεγονός ότι σημαντικοί μοχλοί της δημόσιας πολιτικής βρίσκονται εκτός του υγειονομικού τομέα, στα χέρια των υπευθύνων για την δημοσιονομική πολιτική και κοινωνική προστασία, η απόκριση της πολιτικής υγείας και κατ' επέκταση του συστήματος υγείας είναι ζωτικής σημασίας. Σε αυτό το πλαίσιο, οι διαμορφωτές πολιτικής υγείας στην Κύπρο, θα πρέπει να επανεξετάσουν:

- Την ισότητα στην πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες και την οικονομική προστασία των πολιτών, οι οποίες θα πρέπει να διασφαλίζονται σε οποιοσδήποτε ρυθμίσεις επιμερισμού του κόστους των υπηρεσιών υγείας, ενόψει και της εφαρμογής του ΓΕΣΥ (π.χ. εξαίρεση από τις συμπληρωμές των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού και των προληπτικών υπηρεσιών),
- Την ενδυνάμωση του ρόλου των πολιτών στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τις υπηρεσίες που χρειάζονται και τις θεραπευτικές επιλογές που έχουν,
- Την ενδυνάμωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας και επικέντρωση του συστήματος στον ασθενή,
- Την καλύτερη διαχείριση των περιορισμένων πόρων, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας,

- Την ενδυνάμωση της συνεργασίας με άλλους τομείς, ειδικά της κοινωνικής και δημοσιονομικής πολιτικής και πρωτίστως την ενίσχυση του κοινωνικού δικτύου προστασίας,
- Την ενδυνάμωση της διακυβέρνησης, της ηγεσίας, της διαφάνειας και της λογοδοσίας στο σύστημα υγείας,
- Την προώθηση ενός ολοκληρωμένου συστήματος πληροφορικής για την έγκαιρη παρακολούθηση, αξιολόγηση και ανταλλαγή βέλτιστων πρακτικών,
- Την υλοποίηση των απαραίτητων μεταρρυθμίσεων, διασφαλίζοντας παράλληλα την οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος,
- Την επαρκή δημόσια χρηματοδότηση με τρόπο που να μην επιβαρύνει οικονομικά άδικα τα νοικοκυριά παρέχοντας ισότιμη πρόσβαση στις αναγκαίες υπηρεσίες,
- Την ανάγκη δημιουργίας μηχανισμού παρακολούθησης των επιπτώσεων στο επίπεδο υγείας και στις υπηρεσίες υγείας των εφαρμοζόμενων μέτρων κατά την περίοδο της κρίσης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- [1] Άτυπο Συμβούλιο Υπουργών Υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οικονομική κρίση και υγειονομική περίθαλψη. Αθήνα. 2014.
- [2] Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet* 2013; 381(9874): 1323-1331.
- [3] Karanikolos M, Heino P, McKee M, Stuckler D, Legido-Quigley H. Effects of the global financial crisis on health in high-income OECD countries: A narrative review. *International Journal of Health Services* 2016; 46(2): 208-240.
- [4] European Commission. The Economic Adjustment Programme for Cyprus. Occasional Papers 149. Brussels. 2013.
- [5] Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008 -2012. Αθήνα. 2008.
- [6] European Commission. Employment, Social Affairs & Inclusion: The Impact of the Financial Crisis on Unmet Needs for Healthcare. Research note 7. Brussels. 2013.
- [7] Thomson S, Figueras J, Evetovits T, Jowett M, Mladovsky P, Maresso A, et al. Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe: Impact and implications for policy. Berkshire: Open University Press; 2015.
- [8] Κυριόπουλος Γ, Τσιάνου Β. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2010; 27(5):834-840.
- [9] Bacigalupe A, Shahidi F, Muntaner C, Martin U, Borrell C. Why is there so much controversy regarding the population health impact of the Great Recession? Reflections on three case studies. *International Journal of Health Services* 2016; 46(1): 5-35.
- [10] Ruhm C. Are recessions good for your health? *Quarterly Journal of Economics* 2000; 115(2):617-650.
- [11] Bezruchka S. The effect of economic recession on population health. *Canadian Medical Association Journal* 2009; 181(5):281-285.
- [12] Kondilis E, Giannakopoulos S, Ganava M, Ierodiakonou I, Waitzkin H, Benos A. Economic Crisis, Restrictive Policies, and the Population's Health and Health Care: The Greek Case. *AmJ Public Health* 2013; p1-8.
- [13] Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, McKee M. The health implications of financial crisis: A review of the evidence. *Ulster Med J* 2009; 78(3): 142-145.

- [14] Deeves A, McKee M, Basu S, Stuckler D. The political economy of austerity and healthcare: Cross national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995 – 2011. *Health Policy* 2014; 115 (1): 1- 8.
- [15] Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D. Greece’s health crisis: from austerity to denialism. *The Lancet* 2014; 383(9918): 748 – 753.
- [16] Κωνσταντίνου Π. Η οικονομία της Κύπρου: Οικονομική πολιτική και νέα δεδομένα. Υπουργείο Οικονομικών. Λευκωσία. 2013.
- [17] Ιωάννου Χ, Αιμιλιανίδης Α. Πως και γιατί η Κύπρος βυθίστηκε στην κρίση. *Foreign Affairs – The Hellenic Edition*. 2013. Διαθέσιμο στο <http://foreignaffairs.gr/articles/69205>
- [18] Χαρδούβελης Γ. Η κρίση του 2007-2009: τα αίτια, η αντιμετώπιση και οι προοπτικές. *Οικονομία & αγορές* 2009; 4(8):1-2.
- [19] Yale Global. Global financial crisis. Διαθέσιμο στο <http://yaleglobal.yale.edu/content/global-economic-crisis>.
- [20] Πετσάλνικος Φ. Από την κρίση του 1929 στην κρίση του 2009. Ίδρυμα της βουλής των ελλήνων. Αθήνα. 2009.
- [21] European Commission. Financial crisis: causes, policy responses, future challenges. Brussels. 2014.
- [22] INE ΓΣΕΕ. Ετήσια Έκθεση 2015. Αθήνα. 2015.
- [23] Ορφανίδης Α. Η Σταθερότητα του Χρηματοπιστωτικού Τομέα: Προβληματισμοί και Συμπεράσματα από την Κρίση για την Ευρώπη. Κεντρική Τράπεζα της Κύπρου, Σειρά δοκιμίων εργασίας. Λευκωσία. 2010.
- [24] OECD Insights. From crisis to recovery. The causes, course and consequences of the Great Recession. OECD. 2010.
- [25] Τράπεζα της Ελλάδος. Το χρονικό της μεγάλης κρίσης. Αθήνα. 2014.
- [26] Clerides M, Stefanou C. The Financial Crisis and the Banking System in Cyprus. *Cyprus Economic Policy Review* 2009; 3(1):27-50.
- [27] Καραμούζης Ν. Τα αίτια της διεθνούς χρηματοπιστωτικής κρίσης και ο ρόλος του ελληνικού τραπεζικού συστήματος. Ίδρυμα της βουλής των ελλήνων. Αθήνα. 2009.
- [28] Merrouche O, Nier E. What Caused the Global Financial Crisis? Evidence on the Drivers of Financial Imbalances 1999 – 2007. *IMF Working Paper; WP/10/265*. 2010.
- [29] Κολλίντζας Τ, Ψαλιδόπουλος Μ. Οι κρίσεις του 1929 και του 2008 και οι πολιτικές αντιμετώπισης τους. *Οικονομία & αγορές* 2009; 4(8):3-9

- [30] The financial crisis inquiry report. Final report of the national commission on the causes of the financial and economic crisis in the United States. USA. 2011.
- [31] Ζουμπουλάκης Μ. Τι έμαθε η Ελλάδα από την κρίση. Foreign Affairs – The Hellenic edition. 2014.
- [32] Calomiris C, Eisenbeis R, Litan R. Financial Crisis in the US and Beyond. In: Litan R, ed. The World in Crisis: Insights from Six Shadow Financial Regulatory Committees From Around the World. Philadelphia: FIC Press, Wharton Financial Institutions Center; 2011. pp. 1-59.
- [33] Στουρνάρας Γ. Παγκόσμια χρηματοπιστωτική και οικονομική κρίση: προκλήσεις και προοπτικές. Multinational Finance Society Winter Conference. Αθήνα. 2014.
- [34] Crotty J. Structural causes of the global financial crisis: a critical assessment of the ‘new financial architecture’. Cambridge Journal of economics 2009; 33:563-580.
- [35] Navarro V. The crisis and fiscal policies in the peripheral countries of the Eurozone. International Journal of Health Services 2012; 42(1):1-7.
- [36] Βαρουφάκης Γ, Πατώκος Τ, Τσερκέζης Λ, Κουτσοπέτρος Χ. Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα και στην Ευρώπη το 2011. Ινστιτούτο εργασίας ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων; Μελέτες / 17. Αθήνα. 2011.
- [37] Tarr D. The Political, Regulatory and Market Failures That Caused the US Financial Crisis. The World Bank. Policy Research Working Paper 5324. 2010.
- [38] Πέτσας Σ. Παγκόσμια οικονομική κρίση: Οι αιτίες και η αντιμετώπιση της. ΕΛΙΑΜΕΠ Blogs 2009.
- [39] Milken Institute. The Rise and Fall of the U.S. Mortgage and Credit Markets: A Comprehensive Analysis of the Meltdown. Santa Monica. 2009.
- [40] The Economist. The origins of the financial crisis: Crash course. 2013.
- [41] Καμπόλης Χ, Τραυλός Ν. Τα αίτια της πρόσφατης χρηματοπιστωτικής κρίσης. ALBA Graduate Business School. Διαθέσιμο στο <http://www.alba.edu.gr/crisis>.
- [42] Lapavitsas C. The Roots of the Global Financial Crisis. Centre for development policy and research. Development Viewpoint 2009; No 28.
- [43] International Monetary Fund. Financial Crises: Causes, Consequences, and Policy Responses. Washington. 2014.
- [44] International Monetary Fund. World Economy Outlook: Sustaining the recovery. Washington. 2009a.

- [45] International Labour Organization. The global crisis: Causes, responses and challenges. Geneva. 2011.
- [46] Mishkin F. Over the Cliff: From the Subprime to the Global Financial Crisis. Journal of Economic Perspectives 2011; 25(1):49-70.
- [47] Υπουργείο Εξωτερικών, Ελληνική Δημοκρατία. Αντιμετώπιση της χρηματοπιστωτικής κρίσης και της οικονομικής στασιμότητας στην ΕΕ και την Ευρωζώνη: Εξελίξεις και τρέχουσα συζήτηση για το Μέλλον της ΟΝΕ. Αθήνα. 2015.
- [48] Κατρούγκαλος Γ. Αιτίες της κρίσης. Επιστημονική αρθρογραφία για το μνημόνιο. 2104. Διαθέσιμο στο <http://katrougalos.gr/oi-aities-tης-κρίσης/>
- [49] Γκαργκάνας Ν. Η αντιμετώπιση της κρίσης της ζώνης του ευρώ και η μετάβαση της μια πιο ολοκληρωμένη Οικονομική και Νομισματική Ένωση. Ελληνικό Ίδρυμα Ευρωπαϊκής & Εξωτερικής Πολιτικής; Κείμενο Πολιτικής Νο 10. Αθήνα. 2013.
- [50] Ευρωπαϊκή Ένωση. Οικονομικά και νομισματικά θέματα. Διαθέσιμο στο http://europa.eu/pol/emu/index_el.htm
- [51] Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Η Ευρωπαϊκή Ένωση με απλά λόγια: Η οικονομική και νομισματική ένωση και το ευρώ. Βρυξέλες. 2014.
- [52] Broin P. The Euro Crisis: EU Financial Reform and the European Parliament. The Institute of International and European Affairs; Working paper 7. Dublin. 2012.
- [53] Karakas C. The ECB and the financial crisis: Rigid theory vs a pragmatic approach. European Parliamentary Research Service; Briefing 2015.
- [54] Μιχοπούλου Σ. Κρίση χρέους, δημοσιονομική λιτότητα και οικονομική κρίση στην Ευρωζώνη. Ινστιτούτο εργασίας ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων; Μελέτες / 30. Αθήνα. 2014.
- [55] Oxfam International. 174 Oxfam Briefing Paper. A Cautionary tale: The true cost of austerity and inequality in Europe. Oxford. 2013.
- [56] Παπαδημητρίου Δ, Νικηφόρος Μ, Zezza G. Η Ελληνική οικονομική κρίση και η εμπειρία με τις πολιτικές λιτότητας: Μια στρατηγική ανάλυση. Levy Economics Institute of Bard College. Strategic Analysis, July 2013.
- [57] Σερπίνης Π. Οικονομική κρίση: Μια κριτική προσέγγιση. Διαθέσιμο στο: <http://www.agsee.gr / Contented =249#sthash.Upiisncp.dpuf>

- [58] Syrighas G, Markidou A, Louca M. The Cyprus economy: past successes, current and future challenges. In: Orphanides A, Syrighas G eds. The Cyprus economy. Historical review, prospects, challenges. Nicosia, Central Bank of Cyprus; 2012. P 1-36.
- [59] Καραμάνου Π, Μιτσής Π, Πασιαρδής Π. Μακροοικονομικό μοντέλο της Κυπριακής οικονομίας: Μερικά αρχικά αποτελέσματα. Δοκίμια οικονομικής πολιτικής. Αρ. 04-03. Πανεπιστήμιο Κύπρου. Λευκωσία. 2003.
- [60] Σκρόνιας Β, Χαροκόπος Μ. Έκθεση 2013 Γραφείου Οικονομικών και Εμπορικών Υποθέσεων Πρεσβείας της Ελλάδος στην Κύπρο επί καταστάσεως κυπριακής οικονομίας και αναπτύξεως των οικονομικών και εμπορικών σχέσεων Ελλάδος – Κύπρου. Λευκωσία. 2014.
- [61] Χριστοφίδης Λ, Κούρτελλος Α, Στυλιανού Ι. Προσεγγίσεις στη διαμόρφωση μοντέλου της Κυπριακής οικονομίας. Δοκίμια οικονομικής ανάλυσης. Αρ. 13-06. Πανεπιστήμιο Κύπρου. Λευκωσία. 2006.
- [62] Γραφείο Τύπου και Πληροφοριών. Οικονομική Ανασκόπηση 1960 – 2011. Διαθέσιμο στο [http:// www.aboutcyprus.org.cy/gr/the-economy-in-perspective-1960-2011](http://www.aboutcyprus.org.cy/gr/the-economy-in-perspective-1960-2011)
- [63] Κεντρική Τράπεζα της Κύπρου. Οικονομικό Δελτίο, Δεκέμβριος 2014. Λευκωσία. 2015.
- [64] Clerides S. The Collapse of the Cypriot Banking System: A Bird’s Eye View. Cyprus Economic Policy Review 2014; Vol. 8 (2): 3-35.
- [65] Αργυρίδου-Δημητρίου Χ, Κανάρης Ε. Το χρηματοοικονομικό σύστημα της Κύπρου. Στο: Ορφανίδης Α, Συρίχας Γ, επιμ. Κυπριακή Οικονομία: Ανασκόπηση, Προοπτικές, Προκλήσεις. Λευκωσία, Κεντρική Τράπεζα της Κύπρου; 2012. Σελ 263-300.
- [66] International Monetary Fund. Cyprus. Country Report No.14/313. Washington. 2104.
- [67] European Commission. Commission staff working document. In-Depth Review for Cyprus. SWD(2012) 152 final. Brussels. 2012.
- [68] Κυριάκου Γ, Κτωρής Μ. Εξωτερικές συναλλαγές. Στο: Ορφανίδης Α, Συρίχας Γ, επιμ. Κυπριακή Οικονομία: Ανασκόπηση, Προοπτικές, Προκλήσεις. Λευκωσία, Κεντρική Τράπεζα της Κύπρου; 2012. Σελ 39-80.
- [69] Stefanou C. Big Banks In Small Countries: The Case Of Cyprus. Cyprus Economic Policy Review 2011; Vol. 5 (1): 3-21.
- [70] Cœuré B. Θέτοντας τα θεμέλια για την ανάκαμψη της κυπριακής οικονομίας. 10^ο συνέδριο του Economist στην Κύπρο με θέμα « Τρέχουσες εξελίξεις στη ζώνη του ευρώ », Λευκωσία, 4 Νοεμβρίου 2014.

- [71] Δημητριάδης Π. Η τραπεζική κρίση στην Κύπρο. Ομιλία του Διοικητή της Κεντρικής Τράπεζας της Κύπρου στην ημερίδα «Ο χρηματοπιστωτικός τομέας σήμερα, προβλήματα και προοπτικές». Λευκωσία. 2014.
- [72] Κεντρική Τράπεζα της Κύπρου. Ετήσια Έκθεση 2013. Λευκωσία. 2014.
- [73] Κεντρική Τράπεζα της Κύπρου. Οικονομικό Δελτίο, Ιούλιος 2013. Λευκωσία. 2013.
- [74] Υπουργείο Οικονομικών. Ομιλία του Υπουργού Οικονομικών στη Βουλή των Αντιπροσώπων με την ευκαιρία της συζήτησης του προϋπολογισμού για το 2010. Λευκωσία. 2009.
- [75] Zenios S. The Cyprus Debt: Perfect Crisis and a Way Forward. Cyprus Economic Policy Review 2013; 7 (1): 3-45.
- [76] Επιτροπή Κεφαλαιαγοράς. Ετήσια έκθεση 2013. Λευκωσία. 2014.
- [77] Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Εκτελεστική απόφαση του Συμβουλίου σχετικά με την τροποποίηση της εκτελεστικής απόφασης 2013/463/ΕΕ για την έγκριση προγράμματος μακροοικονομικής σταθερότητας για την Κύπρο. COM (2014) 541 final. Βρυξέλλες. 2014.
- [78] European Commission. Macroeconomic imbalances – Cyprus. Occasional Papers 101. Brussels. 2012.
- [79] Κεντρική Τράπεζα της Κύπρου. Οικονομικό Δελτίο, Δεκέμβριος 2013. Λευκωσία. 2013.
- [80] Caritas Europa. The European Crisis and its Human Cost: A call for fair alternatives and solutions. Crisis monitoring report 2014. Brussels. 2014.
- [81] International Monetary Fund. Cyprus; Request for Arrangement Under the Extended Fund Facility. IMF Country Report No 13/125. Washington DC. 2013a.
- [82] Υπουργείο Οικονομικών. Μνημόμιο Συναντίληψης για τη δεσμευτική ειδική οικονομική πολιτική. Λευκωσία. 2013.
- [83] Constantinou E, Theodorou M. Cyprus. In: Maresso A, Mladovsky P, Thomson S, Sagan A, Karanikolos M, Richardson E et al. eds. Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experiences. United Kingdom: European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. p.357-360.
- [84] Suhrcke M, Stukler D. Will the recession be bad for our health? It depends. Social Science & Medicine 2012; 74: 647-653.
- [85] World Health Organization, Regional Committee for Europe. Health in times of global economic crisis: implications for the WHO European Region. Resolution EUR/RC59/R3. Copenhagen. 2009.

- [89] Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Ανακοίνωση της Επιτροπής για αποτελεσματικά, προσβάσιμα και ανθεκτικά συστήματα υγείας. Βρυξέλλες. 2014.
- [87] Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας: Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Αθήνα. 2012.
- [88] OECD. Health at a Glance 2013: Multilingual summaries. Summary in Greek. 2013.
- [89] Catalano R, Goldman-Mellor S, Saxton K, Margerison-Zilko C, Subbaraman M, LeWinn K et al. The Health Effects of Economic Decline. *Annu. Rev. Public Health* 2011; 32:431–50.
- [90] Modrek S, Stuckler D, McKee M, Cullen MR, Basu S. A review of health consequences of recessions internationally and a synthesis of the US response during the Great Recession. *Public Health Reviews* 2013; 35(1):1-33.
- [91] Οικονόμου Χ. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας. *Νοσηλεία και Έρευνα* 2014; 38:18-20.
- [92] Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis. *Lancet* 2009; 374(9686):315-323.
- [93] Economou C. The impact of the economic crisis on health care systems. *Social Cohesion and Development* 2012; 7(1):5-9.
- [94] Κονταξάκης Β, Χαβάκη-Κονταξάκη Μ. Οι συνέπειες των μεγάλων οικονομικών κρίσεων στη σωματική και ψυχική υγεία των πολιτών. *Ψυχιατρική* 2012; 23(2):105.
- [95] Marmot M, Bloomer E, Goldblatt P. The role of social determinants in tackling health objective in a context of economic crisis. *Public Health Reviews* 2013; 35(1): 1-23.
- [96] Tapia Granados JA, Diez Rouxb A. Life and death during the Great Depression. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2009; 106(41): 17290-17295.
- [97] Stuckler D, Basu S. Πολιτικές ζωής και θανάτου: Πως η κρίση επηρεάζει την ανθρώπινη υγεία. Αθήνα. Εκδόσεις Ψυχογίος Α.Ε. 2014.
- [98] Οικονόμου Χ. Υγεία, σύστημα υγείας και κοινωνική ευημερία: Μια αποσιωπημένη σχέση με μοιραία αποτελέσματα. *Foreign Affairs – The Hellenic Edition*. 2013.
- [99] Chang S, Gunnell D, Sterne A, Lu T, Cheng A. Was the economic crisis 1997 – 1998 responsible for rising suicide rates in East – Southeast Asia? All time trend analysis for Japan, Hong-Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Social Science & Medicine* 2009; 68: 1322-1331.

- [100] Borisch B. Public Health in Times of Austerity. *Journal of Public Health Policy* 2014; 35 (2): 249-257.
- [101] European Observatory on Health Systems and Policies. Health and financial crisis monitor (HFCM): Impact on health & health systems. Διαθέσιμο στο <http://www.hfcm.eu/web/impact-of-the-current-crisis-on-health>.
- [102] van Gool K, Pearson M. Health, Austerity and Economic Crisis: Assessing the short-term impact in OECD countries. *OECD Health Working Papers No. 76*, OECD Publishing, 2014.
- [103] Roelfs DJ, Shor E, Davidson KW, Schwartz JE. Losing life and livelihood: A systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. *Social science & medicine* 2011; 72(6): 840-854.
- [104] Ruhm C. Recessions, Healthy No More? *National Bureau of Economic Research* 2013; No w19287.
- [105] Davalos E, Fang H, French T. Easing the pain of an economic downturn: macroeconomic conditions and alcohol consumption. *Health Economics* 2012; 21(11): 1318-1335.
- [106] de Goeij M, Suhrcke M, Toffoluti V, Mheen D, Schoenmakers T, Kunst A. How economic crises affect alcohol consumption and alcohol-related health problems: A realistic systematic review. *Social Science & Medicine* 2015; 131: 131-146.
- [107] Εθνική Επιτροπή για τον Έλεγχο του Καπνίσματος. Δελτίο Τύπου: Η αλήθεια για το κάπνισμα. Αθήνα. 2013.
- [108] Virtanen M, Nyberg S, Batty D, Jokela M, Heikkila K, Fransson E et al. Perceived job insecurity as a risk factor for incident coronary heart disease: Systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal* 2013; 347(f4736): 1-15.
- [109] Suhrcke M, Stuckler D, Suk E, Desai M, Senek M, McKee et al. Impact of economic crises on communicable disease transmission and control: A systematic review of the evidence. *PloS one* 2011; 6(6): e20724.
- [110] Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *The Lancet* 2011; 378(9801):1457-1458.
- [111] Milner A, Page A, LaMontagne AD. Long-Term Unemployment and Suicide: A Systematic Review and Meta-analysis. *PLoS ONE* 2013; 8(1): e51333.

- [112] Toffoluti V, Suhrcke M. Assessing the short term health impact of the Great Recession in the European Union: A cross-country panel analysis. *Preventive Medicine* 2014; 64:54-62.
- [113] Fountoulakis K, Siamouli M, Grammatikopoulos I, Koupidis S, Siapera M, Theodorakis P. Economic crisis-related increased suicidality in Greece and Italy: A premature over interpretation. *J. Epidemiol. Community Health* 2013; 67(4):379-380.
- [114] Simou E, Koutsogeorgou E. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece from 2009 to 2013: A systematic review. *Health Policy* 2014; 115(2-3):111-119.
- [115] European trade union institute. Health care reforms and the crisis. Report 134. Brussels. 2014.
- [116] OECD. Health at a Glance 2015: OECD Indicators. Paris. 2015.
- [117] OECD. Health at a Glance 2013: OECD Indicators. Paris. 2013.
- [118] OECD. OECD Health statistics. Paris. 2014.
- [119] Ελληνική Στατιστική Αρχή. Δελτίο Τύπου: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2013 & αναθεώρηση των στοιχείων ΣΛΥ ετών 2009 – 2012. Πειραιάς. 2015.
- [120] Στατιστική Υπηρεσία Κυπριακής Δημοκρατίας. Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων 2013. Λευκωσία. 2015.
- [121] Antoniadou M. Can Cyprus overcome its health-care challenges? *Lancet* 2005; 365: 1017–1020.
- [122] Ιστοσελίδα Υπουργείου Υγείας. <http://www.moh.gov.cy>
- [123] Cylus J, Papanicolas I, Constantinou E, Theodorou M. Moving forward: Lessons for Cyprus as it implements its health insurance scheme. *Health Policy* 2013; 110:1-5.
- [124] Andreou M, Pashardes P, Pashourtidou N. Cost and Value of Health Care in Cyprus. *Cyprus Economic Policy Review* 2010; vol.4 (1):3-24.
- [125] Theodorou M, Charalambous C, Petrou C, Cylus J. Cyprus: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2012; 14(6):1–128.
- [126] Asip. Annual Report 2012: Pensions, Health Care and Long-term Care. Brussels. 2012.
- [127] Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας. Παρουσίαση: Πρόταση για την εφαρμογή του ΓΕΣΥ. Λευκωσία. 2012.
- [128] Theodorou M, Cylus J. Contributions, copays and computers: Health system reform in Cyprus. *Eurohealth incorporating Euro Observer* 2012; 18(3):25-28.
- [129] Διεύθυνση Ιατρικών Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. Ετήσια έκθεση 2012. Υπουργείο Υγείας. Λευκωσία. 2014.

- [130] Κυπριακή Δημοκρατία. Ετήσια έκθεση Γενικού Ελεγκτή της Δημοκρατίας για το 2013. Λευκωσία. 2014.
- [131] Υπουργείο Οικονομικών. Memorandum of Understanding on Specific Economic Policy Conditionality. 6th review – Final. Nicosia. 2015.
- [132] Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου. Χρηματοδότηση και Παροχή Υπηρεσιών Υγείας. Λευκωσία. 2014.
- [133] WHO. Analysis of options for purchasing market structure under the NHS, Support to the Health Reform Programme of the Government of Cyprus. 2015.
- [134] Statistical Service of Cyprus. Statistical Abstract 2014. Report No 60. Nicosia. 2015.
- [135] Eurostat. Economy and Finance. GDP per capita in PPS, 2015. Διαθέσιμο στο: <http://ec.europa.eu/eurostat#sthash.kJFb8PQg.dpuf>.
- [136] Κεντρική Τράπεζα της Κύπρου. Οικονομικό δελτίο, Δεκέμβριος 2015. Λευκωσία. 2015
- [137] Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Έκθεση χώρας – Κύπρος 2015. Βρυξέλλες. 2015.
- [138] Υπουργείο Οικονομικών και Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου. Έρευνα εισοδήματος και συνθηκών διαβίωσης των νοικοκυριών 2010 – 2013. Λευκωσία. 2014.
- [139] Η φυματίωση στην Κύπρο. www.geia-news.com Μάρτιος, 2016.
- [140] Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΙΝ). Κατάσταση του φαινομένου των ναρκωτικών και άλλων ουσιών. Λευκωσία. 2015.
- [141] Στατιστική Υπηρεσία της Κυπριακής Δημοκρατίας. Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων 2014. Λευκωσία. 2016.
- [142] OECD. Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives. Paris. 2015.
- [143] European Commission. Commission staff working document: Country report Cyprus 2016. SWD(2016) 120 final. Brussels. 2016.
- [144] OECD. Health at a Glance: Europe 2014. OECD Publishing. 2014. [http:// dx.doi.org /10.1787/health_glance_eur-2014-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en)
- [145] Theodorou M. Testing the Waters for GeSY: Patients’ Opinion of Cost-sharing Arrangements in the Public Care System in Cyprus. Cyprus Economic Policy Review 2014; 8(2): 37-59.
- [146] Petrou P. Financial crisis as a reform mediator in Cyprus’s health services. Eurohealth 2014; 20(4): 35-38.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερευνητικό πρωτόκολλο: Οικονομική κρίση, υγεία και υπηρεσίες υγείας στην Κύπρο

Μεθοδολογία: Συλλογή και ανάλυση δευτερογενών δεδομένων.

Subjects	Indicators	Variables	Sources
Economic situation	GDP	GDP growth rate, GDP per capita, GDP in billion € current or constant market prices (annual and quarterly data)	Hellenic Statistical Authority: Annual and Quarterly National Accounts.
	Public deficit and debt	Government's balance as % GDP, Government's balance in billion € constant or current market prices	Hellenic Statistical Authority: Reports on general government's debt and deficit.
	Trade balance	External trade balance as % GDP or in billion €	Hellenic Statistical Authority: The Greek Economy.
	Inflation	Inflation (annual and quarterly data)	Hellenic Statistical Authority: Consumer price index.
Socioeconomic conditions	Unemployment	Unemployed by age group and sex (annual and quarterly data) in thousands or % labor force	Hellenic Statistical Authority: Annual and Quarterly Labor Force Surveys.
	Long-term unemployment	Unemployed by time spend in unemployment (in thousands or % labor force)	Hellenic Statistical Authority: Annual and Quarterly Labor Force Surveys.
	Poverty and/or Social Exclusion	Population living in poverty and/or in risk of social exclusion (in thousands or % population)	Hellenic Statistical Authority: Survey on Income and Living Conditions.
	Material deprivation	Population facing severe material deprivation (% of the population, or in thousands)	Hellenic Statistical Authority: Survey on Income and Living Conditions.
	Absolute poverty	Population at risk-of-poverty anchored at a fixed moment in time for the year 2005	Hellenic Statistical Authority: Survey on Income and Living Conditions.
	Homelessness	Homeless population in thousands	NGOs (eg KLIMAKA, MSF etc) reports and estimates.
	Population receiving food rations	Population receiving food rations in thousands	NGOs and other Social Organizations reports and estimates.
Population's health status	Mortality	Mortality rates by specific cause of death, age group and sex	WHO: European Health for All Database. Eurostat: Public Health Database. Hellenic Statistical Authority: Mortality data.
	Morbidity	Self-rated health	Eurostat: Survey on Income and Living Conditions (SILC).
		Infectious Diseases Prevalence and Incidence (Tuberculosis, HIV/AIDS, Malaria, West Nile Virus etc)	Hellenic Centre for Disease Control and Prevention: Epidemiological data on tuberculosis; Epidemiological Surveillance on malaria; HIV/AIDS Surveillance reports;
		Problem drug use	West Nile Surveillance reports. Greek Documentation and Monitoring Centre for Drugs: Annual report on the state of drugs in Greece.
		Depression prevalence, attempted suicides etc	Literature review.
Healthcare services	Utilization	Utilization of public healthcare services (by type of service)	Hellenic Statistical Authority: Annual Hospitalisation Survey Ministry of Health: ESYnet database (operational data of NHS hospitals).
		Utilization of private hospital services	Hellenic Statistical Authority: Annual Hospitalisation Survey.
	Provision	Provision of public healthcare services: hospitals, hospital beds (by hospital capacity, hospital specialty and/or geographical region), primary care centres, staffing rates (by specialty, level of education and/or type of employment). Austerity and public provision of health care services: public hospitals expenditure, financing and cutbacks, hospital bed closures, understaffing, shortages of medical supplies. Austerity and social insurance health expenditure and benefits. Provision of private healthcare services: hospitals, hospital beds (by hospital capacity, hospital specialty and/or geographical region), staffing rates (by specialty, level of education and/or type of employment). Private health sector's revenues, profits and concentration rates.	Hellenic Statistical Authority: Annual Hospital Survey. Ministry of Health: ESYnet database (operational and financial data of NHS hospitals). Ministry of Administrative Reform: Monthly data on retirements and recruitment of civil servants. Social Movements' reports and case studies. Social Health Insurance available data (eg. EOPYY annual budgetary and accounting data). Hellenic Statistical Authority: Annual Hospital Survey. ICAP database: Private healthcare services in Greece (annual report).
	Financing	Total Health Expenditure (% GDP, per capita, in US\$ ppp), Public Health Expenditure (by type of service and by type of financing agent), Private Health Expenditure (by type of service) etc.	OECD: Health Data. WHO: National Health Accounts. ELSTAT: National Health Accounts
Healthcare Inequalities	Access inequalities	Unmet medical and dental needs.	Eurostat: Survey on Income and Living Conditions (SILC).
	Financing inequalities	Private health expenditure by households' income class.	Hellenic Statistical Authority: Annual Households' Budget Survey
Health System Reform	Government Health Policies	Focus on: Austerity policies, privatization/marketization of public services, deregulation of private healthcare services.	Review of memoranda agreements. Review of national legislation.

Πηγή: Kondilis E, et al. 2013.