



State of Health in the EU

Κύπρος

Προφίλ Υγείας 2019

Η σειρά των προφίλ υγείας ανά χώρα

Τα προφίλ υγείας ανά χώρα στη σειρά *State of Health in the EU* παρέχουν μια συνοπτική επισκόπηση της υγείας και των συστημάτων υγείας στην ΕΕ / στον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο σε συνάρτηση με τις σχετικές πολιτικές. Δίνεται έμφαση στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τις προκλήσεις σε κάθε χώρα ενώ παράλληλα γίνονται συγκρίσεις μεταξύ χωρών. Σκοπός είναι να υποστηρικθούν οι φορείς χάραξης πολιτικής και άσκησης επιρροής με ένα μέσο αμοιβαίας μάθησης και εθελούσιων ανταλλαγών.

Το προφίλ είναι αποτέλεσμα κοινής προσπάθειας του ΟΟΣΑ και του European Observatory on Health Systems and Policies, σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Η ομάδα του έργου ευχαριστεί το δίκτυο Health Systems and Policy Monitor, την επιτροπή υγείας του ΟΟΣΑ και την ομάδα εμπειρογνομόνων πληροφοριών υγείας της ΕΕ για τις πολύτιμες παρατηρήσεις και προτάσεις τους.

Πίνακας περιεχομένων

1. ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΑ ΣΗΜΕΙΑ	3
2. Η ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ	4
3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	6
4. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	7
5. ΑΠΟΔΟΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	10
5.1. Αποτελεσματικότητα	10
5.2 Προσβασιμότητα	13
5.3. Ανθεκτικότητα	16
6. ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ	18

Πηγές δεδομένων και πληροφοριών

Τα δεδομένα και οι πληροφορίες που περιλαμβάνονται στα προφίλ υγείας ανά χώρα βασίζονται κυρίως σε εθνικά επίσημα στατιστικά στοιχεία, τα οποία παρασχέθηκαν στη Eurostat και στον ΟΟΣΑ και επικυρώθηκαν ώστε να διασφαλιστεί το υψηλότερο δυνατό επίπεδο συγκρισιμότητας των δεδομένων. Οι πηγές και οι μέθοδοι συλλογής των δεδομένων αυτών βρίσκονται διαθέσιμες στη βάση δεδομένων της Eurostat και στη βάση δεδομένων υγείας του ΟΟΣΑ. Κάποια επιπλέον δεδομένα προέρχονται επίσης από το Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), το European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), από τις μελέτες Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC), από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), καθώς και από άλλες εθνικές πηγές.

Οι υπολογισθέντες μέσοι όροι για την ΕΕ είναι σταθμισμένοι μεσοί όροι των 28 κρατών μελών, εκτός αν αναφέρεται διαφορετικά. Στους εν λόγω μέσους όρους της ΕΕ δεν περιλαμβάνονται η Ισλανδία και η Νορβηγία.

Το παρόν προφίλ ολοκληρώθηκε τον Αύγουστο του 2019 βάσει στοιχείων που ήταν διαθέσιμα τον Ιούλιο του 2019.

Για να κατεβάσετε το φύλλο Excel που περιέχει όλους τους πίνακες και τα γραφήματα του παρόντος προφίλ χώρας, απλώς πληκτρολογήστε τα ακόλουθα URL στο πρόγραμμα περιήγησης διαδικτύου που χρησιμοποιείτε: <http://www.oecd.org/health/Country-Health-Profiles-2019-Cyprus.xls>

Δημογραφικό και κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο στην Κύπρο, 2017

Δημογραφικοί παράγοντες	Κύπρος	ΕΕ
Μέγεθος πληθυσμού (εκτιμήσεις στα μέσα του έτους)	860 000	511 876 000
Ποσοστό πληθυσμού ηλικίας άνω των 65 ετών (%)	15,6	19,4
Δείκτης γονιμότητας ¹	1,3	1,6
Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες		
Κατά κεφαλήν ΑΕΠ (ΙΑΔ2 σε ευρώ)	25 500	30 000
Ποσοστό σχετικής φτώχειας ³ (%)	15,7	16,9
Ποσοστό ανεργίας (%)	11,1	7,6

1. Αριθμός τέκνων ανά γυναίκα ηλικίας 15–49 ετών. 2. Η ισοτιμία αγοραστικής δύναμης (ΙΑΔ) ορίζεται ως η νομισματική ισοτιμία που εξισώνει την αγοραστική δύναμη διαφορετικών νομισμάτων εξαλείφοντας τις διαφορές στα επίπεδα τιμών μεταξύ χωρών. 3. Ποσοστό ατόμων που ζουν με λιγότερο από το 60 % του διάμεσου ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος.

Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat.

Δήλωση αποποίησης ευθύνης: Οι γνώμες που διατυπώνονται και τα επιχειρήματα που χρησιμοποιούνται στο παρόν έγγραφο δεσμεύουν μόνο τους συντάκτες τους και δεν αντικατοπτρίζουν κατ' ανάγκη τις επίσημες απόψεις του ΟΟΣΑ ή των κρατών-μελών του ή του European Observatory on Health Systems and Policies ή οποιουδήποτε από τους εταίρους του. Οι απόψεις που εκφράζονται στο παρόν σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι αντικατοπτρίζουν την επίσημη άποψη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

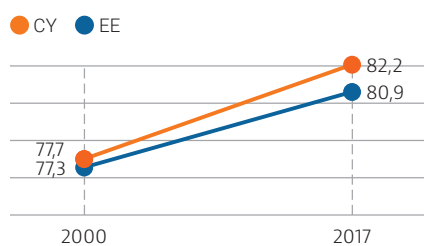
Το παρόν έγγραφο, καθώς και τυχόν δεδομένα ή χάρτες που περιλαμβάνονται σε αυτό, δεν θίγουν το καθεστώς ή την κυριαρχία επί οποιασδήποτε επικράτειας, την οριοθέτηση διεθνών συνόρων και ορίων, ούτε την ονομασία οποιασδήποτε επικράτειας, πόλης ή περιοχής.

Πρόσθετες δηλώσεις αποποίησης ευθύνης για τον ΠΟΥ αναρτώνται στη διεύθυνση <http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/>

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2019

1 Σημαντικότερα σημεία

Γενικά, ο πληθυσμός της Κύπρου είναι από τους υγιέστερους στην Ευρώπη. Μέχρι πρόσφατα, οι υπηρεσίες υγείας παρέχονταν, αφενός, μέσω ενός συστήματος υγείας χρηματοδοτούμενου από το κράτος, το οποίο έδινε το δικαίωμα στα τρία τέταρτα του πληθυσμού να έχουν πρόσβαση σε δωρεάν περίθαλψη στο σημείο χρήσης και, αφετέρου, μέσω του ιδιωτικού τομέα υγείας, ο οποίος δεν υπόκειται σε καμία ρύθμιση και οδηγούσε σε υψηλές άμεσες ιδιωτικές πληρωμές. Η συγκρότηση νέου Γενικού Συστήματος Υγείας ψηφίστηκε το 2017 και βρίσκεται επί του παρόντος σε διαδικασία υλοποίησης (από τον Ιούνιο του 2019). Στόχος του είναι να παράσχει καθολική κάλυψη του πληθυσμού, να βελτιώσει την προσβασιμότητα και να αντιμετωπίσει τις ανεπάρκειες όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών.



Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, σε έτη

Κατασταση της υγείας

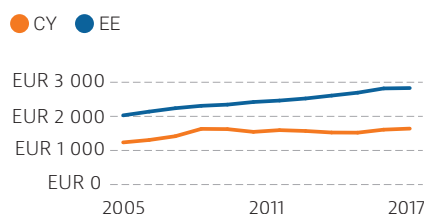
Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Κύπρο, στα 82,2 έτη, είναι από τα υψηλότερα στην ΕΕ. Η μείωση των ποσοστών θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια, εγκεφαλικό επεισόδιο και διαβήτη κατά περισσότερο από 20 % από το 2004 και μετά έχει συμβάλει στη σημαντική αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Ωστόσο, η κυριότερη αιτία προλαμβανόμενης θνησιμότητας είναι οι θάνατοι από καρκίνο του πνεύμονα και η θνησιμότητα από διαβήτη, που είναι η υψηλότερη στην ΕΕ. Γενικά, περισσότερα από τα τρία τέταρτα του κυπριακού πληθυσμού δηλώνουν ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι καλή, ωστόσο, όπως και σε άλλες χώρες της ΕΕ, τα ποσοστά είναι μικρότερα στα άτομα με χαμηλότερο εισόδημα.



Ποσοστό % των ενηλίκων

Παραγοντες κινδυνου

Περισσότεροι από ένας στους τέσσερις ενήλικους στην Κύπρο καπνίζουν σε καθημερινή βάση και η αναλογία αυτή είναι από τις υψηλότερες στην ΕΕ. Ενώ η παχυσαρκία μεταξύ των ενηλίκων συμβαδίζει με τα επίπεδα της ΕΕ, το ποσοστό υπέρβαρων και παχυσαρκων παιδιών ηλικίας έξι έως εννέα ετών είναι εξαιρετικά υψηλό και διαμορφώνεται περίπου στο 43 %. Οι ενήλικοι καταναλώνουν περίπου την ίδια ποσότητα αλκοόλ με τον μέσο όρο της ΕΕ, αλλά η ευκαιριακή άμετρη κατανάλωση αλκοόλ στην Κύπρο είναι η χαμηλότερη στην ΕΕ. Ο επιπολασμός των συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου είναι υψηλότερος στα άτομα με χαμηλό εισόδημα και μορφωτικό επίπεδο και, συνεπώς, τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας στον τομέα της υγείας είναι χειρότερα.



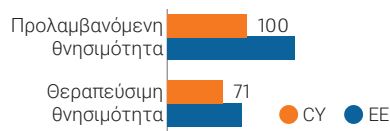
Κατά κεφαλήν δαπάνη (IAD σε ευρώ)

Συστημα υγείας

Η Κύπρος δαπάνησε 1 674 EUR κατ' άτομο (ή 6,7 % του ΑΕΠ) για την υγεία το 2017 σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ, που αντιστοιχεί σε 2 884 EUR (9,8 % του ΑΕΠ). Το ποσοστό των δημοσίων δαπανών (43 %) επί του συνόλου των δαπανών για την υγεία είναι το χαμηλότερο στην ΕΕ και έρχεται σε αντίθεση με τον μέσο όρο της ΕΕ, που είναι 79 %. Αντίθετα, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας, οι οποίες συνίστανται πρωτίστως σε άμεσες ιδιωτικές πληρωμές, ανήλθαν σε ποσοστό 56 % των συνολικών δαπανών, το υψηλότερο στην ΕΕ. Τα φάρμακα αποτελούν τη μεγαλύτερη συνιστώσα των άμεσων ιδιωτικών δαπανών, ακολουθούμενα από την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, όπως επισκέψεις σε ειδικούς ιατρούς και διαγνωστικές εξετάσεις.

Αποτελεσματικότητα

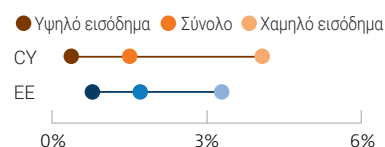
Η Κύπρος έχει το χαμηλότερο ποσοστό προλαμβανόμενης θνησιμότητας στην ΕΕ και χαμηλή θνησιμότητα από θεραπεύσιμες αιτίες, γεγονός που αντικατοπτρίζει τον χαμηλότερο αντίκτυπο των παραγόντων κινδύνου στους ενήλικους (εξαιρουμένου του καπνίσματος).



Προτυπωμένος κατά ηλικία δείκτης θνησιμότητας ανά 100 000 κατοίκους, 2016.

Προσβασιμότητα

Γενικά, οι αναφερόμενες ανικανοποίητες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης, που οφείλονται κυρίως στους μεγάλους χρόνους αναμονής, είναι χαμηλές στην Κύπρο, αλλά είναι δέκα φορές υψηλότερες για τις ομάδες με χαμηλό εισόδημα σε σύγκριση με τις ομάδες με υψηλό εισόδημα.



Ποσοστό % που αναφέρει ανικανοποίητες ιατρικές ανάγκες, 2017

Ανθεκτικότητα

Η χρηματοπιστωτική κρίση ανέδειξε την ανάγκη της πολυσυζητημένης μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας. Πέρα από την καθολική υγειονομική κάλυψη, το νέο Γενικό Σύστημα Υγείας θα αναδιοργανώσει την παροχή και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας και θα παράσχει μεγαλύτερη αυτονομία στα δημόσια νοσοκομεία.



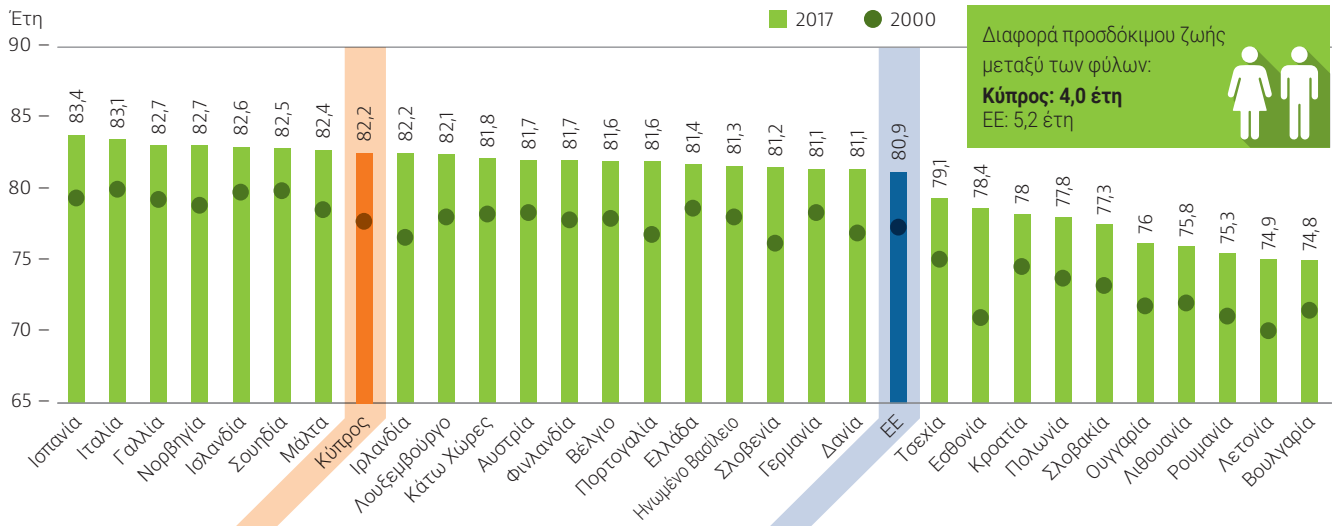
2 Η υγεία στην Κύπρο

Το προσδόκιμο ζωής των Κυπρίων είναι από τα μεγαλύτερα στην ΕΕ

Στα 82,2 έτη, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Κύπρο είναι από τα υψηλότερα στην ΕΕ και υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ, που είναι 80,9 έτη (σχήμα 1). Το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί κατά πέντε έτη από το 2000, με ταχύτερο ρυθμό

από τον αντίστοιχο στην ΕΕ συνολικά. Το προσδόκιμο ζωής των γυναικών στην Κύπρο είναι περίπου 84,2 έτη, έναντι 80,2 για τους άνδρες. Αυτή η διαφορά τεσσάρων ετών μεταξύ των φύλων είναι ελαφρώς μικρότερη από τον μέσο όρο της ΕΕ (πέντε έτη).

Σχήμα 1. Το προσδόκιμο ζωής στην Κύπρο είναι από τα υψηλότερα στην ΕΕ



Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat.

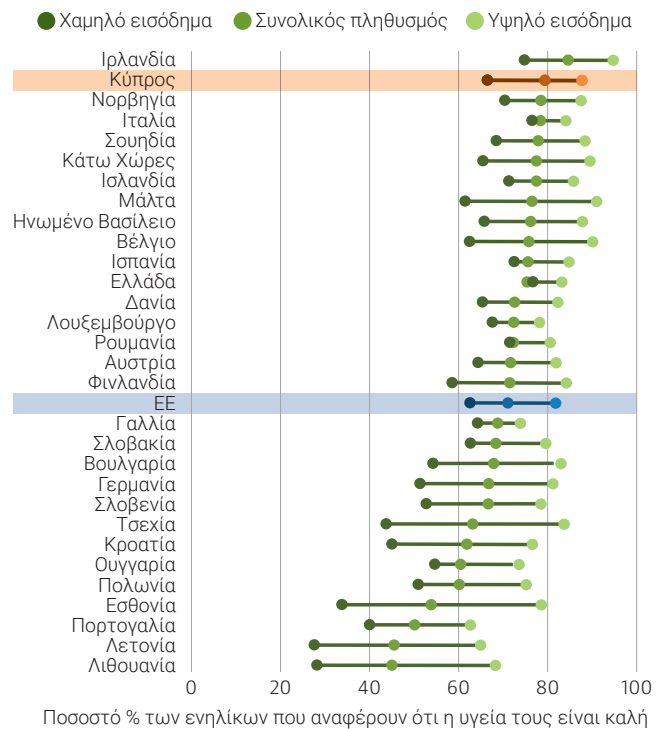
Οι περισσότεροι Κύπριοι αναφέρουν ότι η υγεία τους είναι καλή, ωστόσο παρατηρούνται διαφορές ανάλογα με το εισόδημα και την ηλικιακή ομάδα

Πέραν του μεγάλου προσδόκιμου ζωής, η υγεία της συντριπτικής πλειονότητας των Κυπρίων είναι καλή. Συνολικά, 78 % του κυπριακού πληθυσμού αναφέρει ότι η υγεία του είναι καλή, έναντι περίπου 70 % στην ΕΕ (σχήμα 2). Ωστόσο, όπως και σε άλλες χώρες, τα άτομα με χαμηλότερα εισοδήματα είναι λιγότερο πιθανό να αναφέρουν ότι η υγεία τους είναι καλή: μόνο το 65 % των ατόμων από ομάδες με χαμηλό εισόδημα ανέφεραν ότι η υγεία τους ήταν καλή το 2017, έναντι 86 % των ατόμων από ομάδες με υψηλό εισόδημα.

Τα ποσοστά θανάτων από διαβήτη είναι τα υψηλότερα στην ΕΕ

Οι κύριες αιτίες θανάτου στην Κύπρο είναι η ισχαιμική καρδιοπάθεια, το εγκεφαλικό επεισόδιο και ο διαβήτης, με το ποσοστό θνησιμότητας από διαβήτη να είναι το υψηλότερο στην ΕΕ (53 ανά 100 000 κατοίκους το 2016 έναντι 22 στην ΕΕ κατά μέσο όρο (σχήμα 3)). Παρ' όλα αυτά, από το 2004 έχει μειωθεί το ποσοστό θανάτων από ισχαιμική καρδιοπάθεια (κατά 31 %), εγκεφαλικό επεισόδιο (κατά 31 %) και διαβήτη (κατά 36 %). Η αύξηση των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα αντικατοπτρίζει τις επιπτώσεις των υψηλών ποσοστών καπνίσματος, ενώ τα ποσοστά θνησιμότητας από άνοια έχουν αυξηθεί εν μέρει λόγω αλλαγών στις πρακτικές διάγνωσης και κωδικοποίησης, καθώς και λόγω της γήρανσης του πληθυσμού.

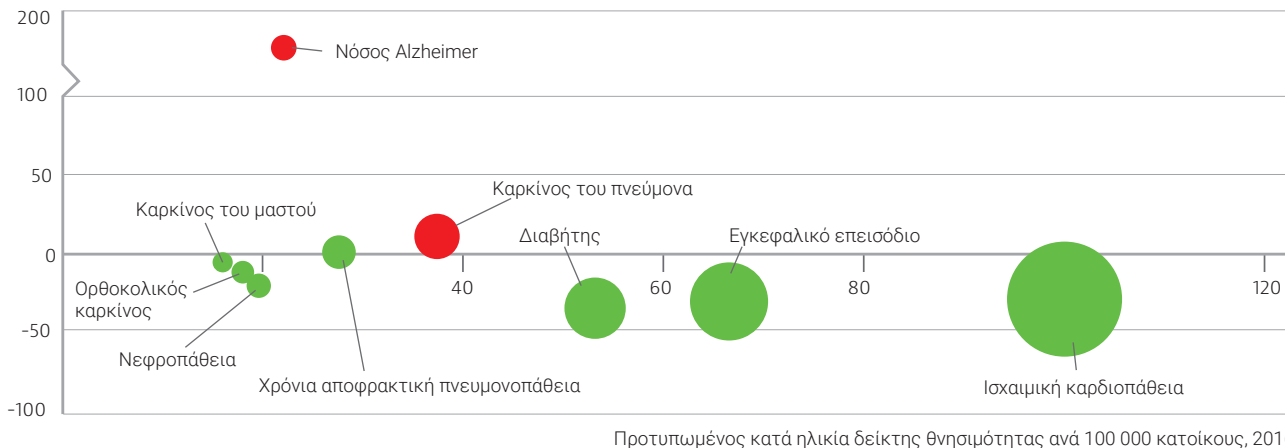
Σχήμα 2. Οι ομάδες με χαμηλότερο εισόδημα είναι λιγότερο πιθανό να αναφέρουν ότι η υγεία τους είναι καλή



Ποσοστό % των ενηλίκων που αναφέρουν ότι η υγεία τους είναι καλή
Σημείωση: 1. Τα ποσοστά για τον συνολικό πληθυσμό και για τον πληθυσμό με χαμηλά εισοδήματα είναι περίπου τα ίδια.
Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat, βάσει των στατιστικών της ΕΕ για το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης (EU-SILC) (τα στοιχεία αφορούν το 2017).

Σχήμα 3. Οι θάνατοι από πολλές ασθένειες έχουν μειωθεί, με τις αισθητές εξαιρέσεις της νόσου Alzheimer και του καρκίνου του πνεύμονα

Ποσοστό μεταβολής % 2000–2016 (ή πλησιέστερο έτος)



Σημείωση: Το μέγεθος των φυσαλίδων είναι ανάλογο προς τα ποσοστά θνησιμότητας το 2016.

Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat.

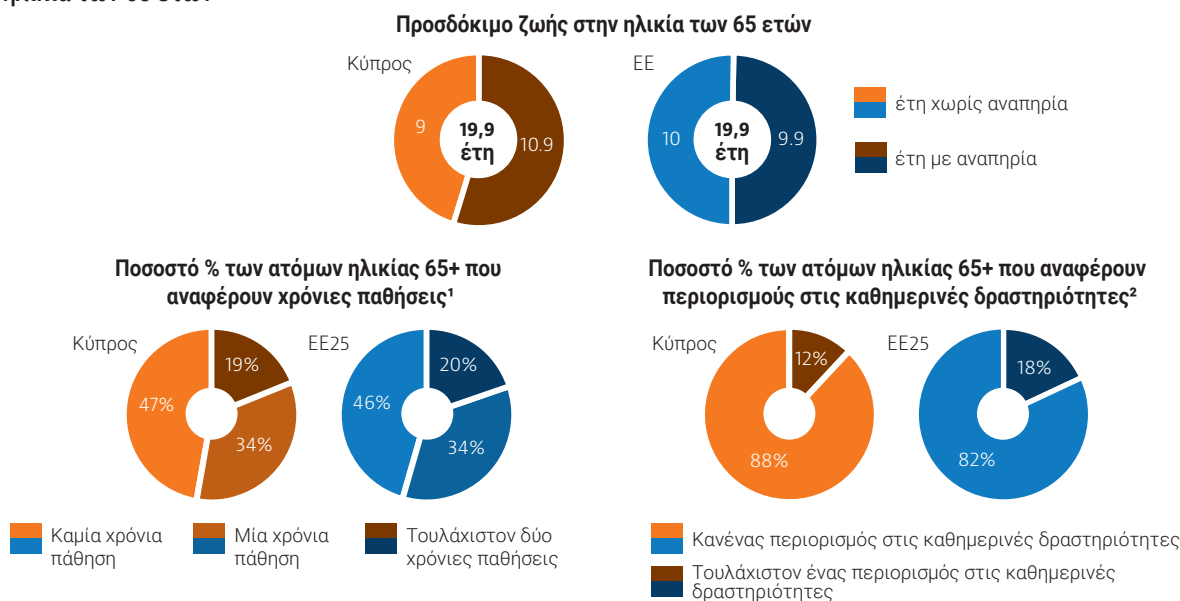
Περισσότερα από 10 έτη ζωής μετά την ηλικία των 65 ετών διαγονται χωρίς χρόνιες παθήσεις και αναπηρίες

Λόγω της αύξησης του προσδόκιμου ζωής και της μείωσης των δεικτών γονιμότητας, η αναλογία των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω αυξάνεται σταθερά κατά τις τελευταίες δεκαετίες: ένας στους έξι Κύπριους το 2017 ήταν άνω των 65 ετών, και η αναλογία αυτή αναμένεται να φτάσει τον έναν στους τέσσερις έως το 2050. Το προσδόκιμο ζωής των ατόμων ηλικίας 65 ετών είναι σχεδόν 20 έτη στην Κύπρο, και λιγότερα από τα μισά από αυτά τα 20 έτη διαγονται χωρίς αναπηρία, αναλογία ελαφρώς χαμηλότερη από τον μέσο όρο των χωρών της ΕΕ (σχήμα 4). Τα έτη υγιούς ζωής¹ στην ηλικία των 65 ετών είναι 9,5 για

τους άνδρες και 8,5 για τις γυναίκες και ως εκ τούτου, ενώ οι Κύπριες ηλικίας 65 ετών έχουν προσδόκιμο ζωής περίπου τρία έτη περισσότερα από τους άνδρες, πολύ μεγαλύτερη αναλογία αυτών των ετών διάγεται με χρόνιες παθήσεις και αναπηρίες.

Σχεδόν το ήμισυ (47%) των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω στην Κύπρο δηλώνουν ότι δεν πάσχουν από χρόνια νοσήματα. Από όσους δηλώνουν το αντίθετο, περίπου το ένα τρίτο (33%) αναφέρουν ότι πάσχουν από μία χρόνια πάθηση και 19% δηλώνουν ότι πάσχουν από τουλάχιστον δύο. Τα ποσοστά αυτά είναι αντίστοιχα με τους μέσους όρους όλων των χωρών της ΕΕ. Αντίθετα, λιγότεροι Κύπριοι άνω των 65 ετών αναφέρουν ότι αντιμετωπίζουν περιορισμούς στις βασικές καθημερινές δραστηριότητες (12% σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ που είναι 18%, σχήμα 4).

Σχήμα 4. Λίγο περισσότεροι από τους μισούς Κύπριους αναφέρουν ότι πάσχουν από τουλάχιστον μία χρόνια πάθηση μετά την ηλικία των 65 ετών



Σημειώσεις: 1. Στις χρόνιες παθήσεις περιλαμβάνονται η καρδιακή προσβολή, το εγκεφαλικό επεισόδιο, ο διαβήτης, η νόσος Parkinson, η νόσος Alzheimer και η ρευματοειδής αρθρίτιδα ή η οστεοαρθρίτιδα. 2. Στις βασικές καθημερινές δραστηριότητες περιλαμβάνονται το ντύσιμο, το περπάτημα από τη μία πλευρά του δωματίου στην άλλη, το μπάνιο ή το ντους, το φαγητό, η κατάκλιση ή η έγερση από το κρεβάτι και η χρήση της τουαλέτας.

Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat για το προσδόκιμο ζωής και τα έτη υγιούς ζωής (τα στοιχεία αφορούν το 2017), και (SHARE) για τους άλλους δείκτες (τα στοιχεία αφορούν το 2017).

1: Ο δείκτης «έτη υγιούς ζωής» αναφέρεται στον αριθμό των ετών που ένα άτομο συγκεκριμένης ηλικίας αναμένεται να ζήσει χωρίς αναπηρίες.

3 Παράγοντες κινδύνου

Σημαντικό ποσοστό των θανάτων μπορεί να αποδοθεί σε συμπεριφορικούς παράγοντες κινδύνου

Σύμφωνα με εκτιμήσεις, δύο στους πέντε θανάτους στην Κύπρο μπορούν να αποδοθούν σε συμπεριφορικούς παράγοντες κινδύνου, μεταξύ των οποίων το κάπνισμα, η διατροφή, η κατανάλωση αλκοόλ και η χαμηλή σωματική δραστηριότητα (σχήμα 5). Το μέγεθος αυτό είναι συγκρίσιμο με τον μέσο όρο της ΕΕ (39 %). Περισσότερο από το ένα πέμπτο του συνόλου των θανάτων το 2017 οφείλονταν στο κάπνισμα

(τόσο το ενεργητικό όσο και το παθητικό), ποσοστό σημαντικά υψηλότερο από το αντίστοιχο της ΕΕ (17 %). Οι διατροφικοί κίνδυνοι (συμπεριλαμβανομένης της χαμηλής πρόσληψης φρούτων και λαχανικών, καθώς και της υψηλής κατανάλωσης ζάχαρης και αλατιού) υπολογίζεται ότι ευθύνονται για περίπου 20 % του συνόλου των θανάτων στην Κύπρο, σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ (18 %). Περίπου 3 % των θανάτων μπορεί να αποδοθεί στην κατανάλωση αλκοόλ, που είναι το ήμισυ του αντίστοιχου ποσοστού στην ΕΕ, ενώ επίσης ποσοστό 3 % μπορεί να συνδεθεί με τη χαμηλή σωματική δραστηριότητα. Η θνησιμότητα που οφείλεται σε συμπεριφορικούς παράγοντες κινδύνου δεν έχει μεταβληθεί σημαντικά από το 2000.

Σχήμα 5. Η κατανάλωση καπνού και οι διατροφικοί κίνδυνοι αποτελούν σημαντικούς παράγοντες θνησιμότητας



Σημείωση: Ο συνολικός αριθμός θανάτων που συνδέονται μ' αυτούς τους παράγοντες κινδύνου (3 000) είναι μικρότερος από το άθροισμα των θανάτων από κάθε επιμέρους παράγοντα σε μεμονωμένη βάση (3 500), επειδή ο ίδιος θάνατος μπορεί να αποδοθεί σε περισσότερους του ενός παράγοντες κινδύνου. Στους διατροφικούς κινδύνους περιλαμβάνονται 14 συνιστώσες, όπως η χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών και η υψηλή κατανάλωση ζαχαρούχων ποτών. Πηγή: IHME (2018), Global Health Data Exchange (οι εκτιμήσεις αναφέρονται στο 2017).

Το κάπνισμα παραμένει σημαντικό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία, ιδίως για τους άνδρες

Η κατανάλωση καπνού παραμένει σημαντική πηγή ανησυχίας για τη δημόσια υγεία στην Κύπρο (σχήμα 6). Το ποσοστό των ενηλίκων που ανέφεραν ότι κάπνιζαν σε καθημερινή βάση ήταν 26 % το 2014, από τα υψηλότερα μεταξύ των χωρών της ΕΕ και πολύ υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (19 %). Αυτό το μεγάλο ποσοστό οφείλεται κυρίως στα υψηλά ποσοστά καπνίσματος των ανδρών, εκ των οποίων το 38 % ανέφεραν ότι κάπνιζαν καθημερινά, έναντι μόλις 14 % των γυναικών. Το ποσοστό έχει παραμείνει αρκετά σταθερό τουλάχιστον από το 2008 τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες. Παρότι εφαρμόζονται κάποιες πολιτικές ελέγχου του καπνίσματος, οι πολιτικές αυτές είναι σχετικά αδύναμες και η εφαρμογή τους είναι πλημμελής (ενότητα 5.1).

Η παχυσαρκία σε παιδιά και εφήβους αποτελεί ολόένα μεγαλύτερη πηγή ανησυχίας

Ένας στους επτά ενηλίκους (περίπου 14 %) ήταν παχύσαρκος το 2017 – ποσοστό παρόμοιο με τον μέσο όρο στην ΕΕ. Στην πλειονότητά τους οι ενήλικοι αναφέρουν ότι τρώνε φρούτα και λαχανικά σε καθημερινή βάση στην Κύπρο, ενώ αντίθετα άνω του 30 % επισημαίνουν ότι δεν ακολουθούν αυτή την υγιεινή

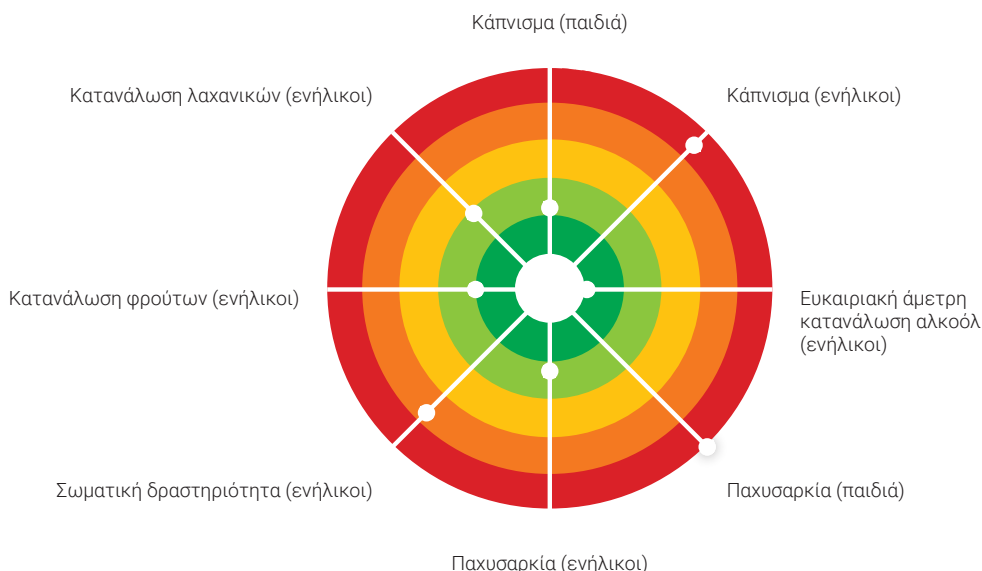
συνήθεια. Όσον αφορά τη σωματική δραστηριότητα, λιγότεροι από τους μισούς Κύπριους ενηλίκους (47 %) αναφέρουν ότι ασχολούνται με κάποια σωματική δραστηριότητα για 60 λεπτά ή περισσότερο την εβδομάδα, ποσοστό χαμηλότερο από εκείνο των περισσότερων χωρών της ΕΕ και από τον μέσο όρο της ΕΕ (62 %).

Τα πολύ υψηλά επίπεδα υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών στην Κύπρο είναι πολύ περισσότερο ανησυχητικά, με τα στοιχεία να δείχνουν ότι περίπου το 20 % των παιδιών ηλικίας έξι έως εννέα ετών ήταν παχύσαρκα κατά την περίοδο 2015–2017 και το 43 % ήταν παχύσαρκα ή υπέρβαρα (τα συγκεκριμένα αριθμητικά στοιχεία αφορούν και αγόρια και κορίτσια) (ΠΟΥ, Περιφερειακό γραφείο για την Ευρώπη, 2018). Η αντιμετώπιση της κυβέρνησης περιλαμβάνει σχέδιο εισαγωγής μαθημάτων υγιεινής διατροφής για τα παιδιά σχολικής ηλικίας (ενότητα 5.1).

Συνολικά, το επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ από τους ενηλίκους στην Κύπρο (9,6 λίτρα ανά άτομο) είναι παρόμοιο με τον μέσο όρο της ΕΕ (9,8 λίτρα), ενώ μόνο ένα 5,2 % των ατόμων αναφέρει ότι επιδιέχεται σε ευκαιριακή άμετρη κατανάλωση αλκοόλ² τουλάχιστον μία φορά τον μήνα, το χαμηλότερο ποσοστό από όλες τις χώρες της ΕΕ (μέσος όρος: 19,9 %).

2: Ως ευκαιριακή άμετρη κατανάλωση αλκοόλ ορίζεται η κατανάλωση έξι ή περισσότερων οινοπνευματωδών ποτών σε μία περίπτωση για τους ενηλίκους.

Σχήμα 6. Η κατάσταση στην Κύπρο είναι ικανοποιητική σε σύγκριση με την ΕΕ όσον αφορά ορισμένους παράγοντες κινδύνου, ωστόσο το κάπνισμα παραμένει σημαντικό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία



Σημείωση: Όσο πιο κοντά στο κέντρο βρίσκεται η κουκκίδα, τόσο καλύτερες είναι οι επιδόσεις της χώρας σε σύγκριση με άλλες χώρες της ΕΕ. Καμία χώρα δεν βρίσκεται στη λευκή «περιοχή-στόχο», καθώς υπάρχει περιθώριο προόδου για όλες τις χώρες σε όλους τους τομείς.

Πηγές: Υπολογισμοί του ΟΟΣΑ με βάση την έρευνα στον σχολικό μαθητικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και άλλες εξαρτητικές συμπεριφορές (ESPAD) του 2015 και την έρευνα του HBSC 2013–14 όσον αφορά τους δείκτες για τα παιδιά· και με βάση τις EU-SILC 2017, την ευρωπαϊκή έρευνα για την υγεία βάσει ερωτηματολογίου (EHIS) 2014 και τις στατιστικές του ΟΟΣΑ για την υγεία 2019 όσον αφορά τους δείκτες για τους ενήλικους.

Οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες, ιδίως η εκπαίδευση, επηρεάζουν τους κινδύνους για την υγεία

Πολλοί συμπεριφορικοί παράγοντες κινδύνου στην Κύπρο είναι πιο συνηθισμένοι στα άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου³ ή εισοδήματος. Το 2014 περισσότερο από το ένα τέταρτο των ενηλίκων (27 %) στο κατώτατο πεμπτημόριο

εισοδήματος κάπνιζαν σε καθημερινή βάση, έναντι 22 % των ενηλίκων στο ανώτατο πεμπτημόριο εισοδήματος. Ομοίως, το 2017 το ποσοστό παχυσαρκίας μεταξύ των ατόμων που δεν είχαν ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (19 %) ήταν σημαντικά μεγαλύτερο σε σύγκριση με τα άτομα ανώτερης εκπαίδευσης (9 %). Αυτός ο υψηλότερος επιπολασμός παραγόντων κινδύνου στις κοινωνικά μειονεκτούσες ομάδες συντελεί στις ανισότητες όσον αφορά την υγεία και το προσδόκιμο ζωής.

4 Το σύστημα υγείας

Το κατακερματισμένο σύστημα υγείας αναμένεται να ενοποιηθεί στο πλαίσιο των μεταρρυθμίσεων που βρίσκονται σε εξέλιξη

Το σύστημα υγείας στην Κύπρο ήταν, για πολλές δεκαετίες, διχασμένο μεταξύ ενός κεντρικά ελεγχόμενου δημόσιου τομέα, χρηματοδοτούμενου από τους φόρους, και ενός μη ρυθμιζόμενου ιδιωτικού τομέα, χρηματοδοτούμενου από άμεσες ιδιωτικές πληρωμές και, σε μικρότερο βαθμό, από τα ιδιωτικά συστήματα ασφάλισης υγείας. Τόσο ο εξαιρετικά ανεπαρκής συντονισμός μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα όσο και ο κατακερματισμός οδήγησαν σε σοβαρά προβλήματα, όπως, μεταξύ άλλων, δυσαναλογία πόρων μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών παρόχων, υψηλές άμεσες ιδιωτικές πληρωμές, μεγάλες ανισότητες όσον αφορά την πρόσβαση, μεγάλες λίστες αναμονής και αναποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας συνολικά (βλ. ενότητα 5.3).

Η κατακερματισμένη οργάνωση του συστήματος υγείας αναμένεται να μεταβληθεί χάρη στην υπό εξέλιξη υλοποίηση του πολυαναμενόμενου Γενικού Συστήματος Υγείας (πλαίσιο 1), το οποίο αποτελούσε αντικείμενο συζητήσεων για περισσότερες από δύο δεκαετίες και ξεκίνησε να λειτουργεί για τις υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης τον Ιούνιο του 2019. Βάσει του νέου Γενικού Συστήματος Υγείας, ορισμένες αρμοδιότητες του Υπουργείου Υγείας μεταβιβάζονται στον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας, ο οποίος αποτελεί τον μοναδικό αγοραστή υπηρεσιών τόσο από τους δημόσιους όσο και από τους ιδιωτικούς παρόχους. Ορισμένες άλλες αρμοδιότητες του Υπουργείου μεταβιβάζονται στον νέο Οργανισμό Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας, ο οποίος θα είναι επιφορτισμένος με την ανάπτυξη, τη διαχείριση, τον έλεγχο και την εποπτεία των αυτόνομων δημόσιων νοσοκομείων και κέντρων υγείας. Οι προσπάθειες συνεχίζονται προκειμένου να διασφαλιστεί ότι το νέο σύστημα υγείας θα καταστεί πλήρως λειτουργικό το 2020, σύμφωνα με το προβλεπόμενο χρονοδιάγραμμα, διατηρώντας παράλληλα τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητά του (Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2019).

³ Το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο αναφέρεται σε άτομα με προσχολική, πρωτοβάθμια ή κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση [επίπεδα 0–2 της διεθνούς πρότυπης ταξινόμησης της εκπαίδευσης (ISCED)], ενώ το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο αναφέρεται σε άτομα με τριτοβάθμια εκπαίδευση (επίπεδα 5–8 της ISCED).

Η χρηματοδότηση χαρακτηρίζεται από χαμηλές δημόσιες δαπάνες και υψηλές άμεσες ιδιωτικές πληρωμές

Η Κύπρος δαπανά λιγότερους πόρους για την υγεία από τις περισσότερες χώρες της ΕΕ. Το 2017 διατέθηκαν 1 674 EUR κατά κεφαλήν για την υγεία (προσαρμοσμένα ανάλογα με τις διαφορές στην αγοραστική δύναμη), ποσό μικρότερο από τα δύο τρίτα του μέσου όρου της ΕΕ (2 884 EUR). Το ποσό αυτό αντιστοιχεί στο 6,7 % του ΑΕΠ (σχήμα 7). Οι δαπάνες έχουν αυξηθεί την τελευταία δεκαετία, από 5,3 % του ΑΕΠ το 2007· ωστόσο η Κύπρος εξακολουθεί να απέχει μακράν από τη σύγκλιση της με τις περισσότερες χώρες της ΕΕ – ο μέσος όρος της ΕΕ είναι 9,8 %. Επιπροσθέτως, μόλις 7,6 % του κρατικού προϋπολογισμού δαπανήθηκε για την υγεία, που αποτελεί το χαμηλότερο επίπεδο προτεραιότητας που δόθηκε στην υγεία μεταξύ των χωρών της ΕΕ.

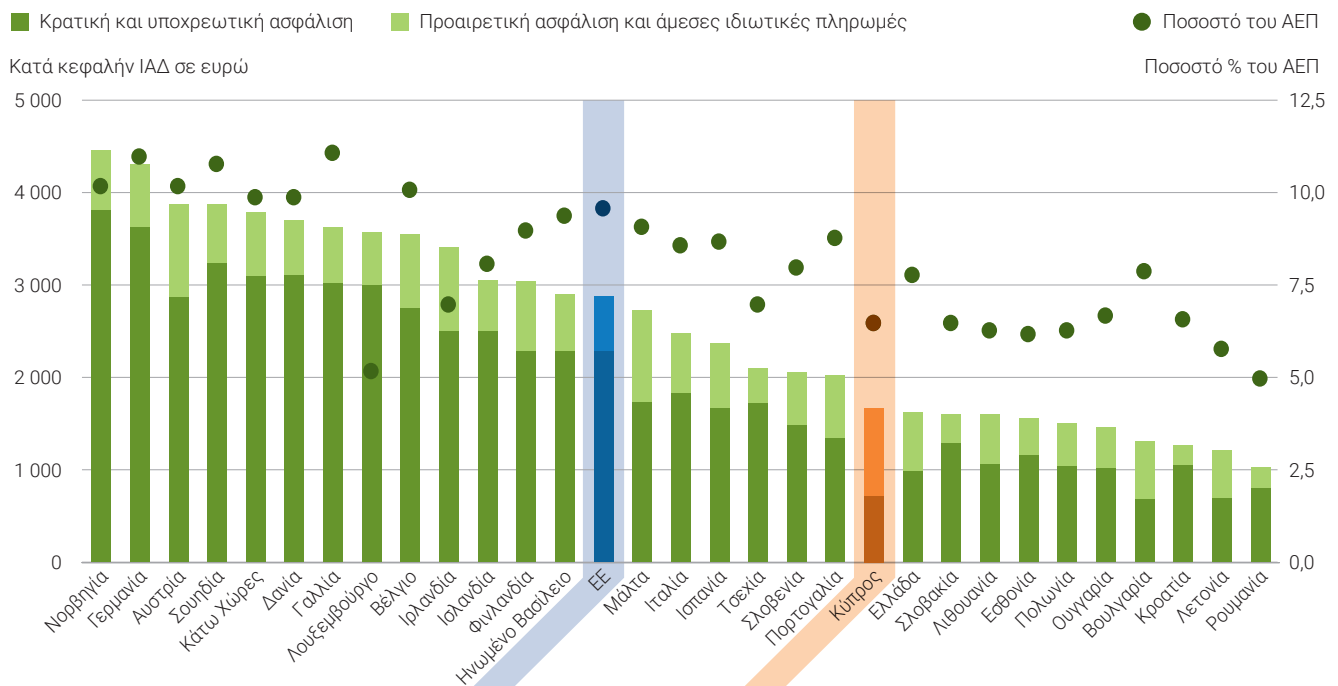
Σχεδόν 45 % των δαπανών υγείας προέρχεται από άμεσες ιδιωτικές πληρωμές, το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ μετά τη Βουλγαρία και πολύ υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (15,8 %). Σε συνδυασμό με την προαιρετική ασφάλιση υγείας (11,6 % των δαπανών), οι συνολικές ιδιωτικές δαπάνες υγείας ανήλθαν σε ποσοστό 56,2 % των δαπανών υγείας το 2017, το υψηλότερο στην ΕΕ. Αντίθετα, το ποσοστό των δημόσιων δαπανών (43 %) επί του συνόλου των δαπανών για την υγεία

είναι χαμηλότερο από κάθε άλλη χώρα της ΕΕ και σημαντικά χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (79 %).

Οι δαπάνες για υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης είναι οι τρίτες υψηλότερες στην ΕΕ

Η Κύπρος δαπανά μικρότερο ποσό ανά άτομο σε ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και μακροχρόνια φροντίδα σε σύγκριση με τους μέσους όρους της ΕΕ (σχήμα 8). Ωστόσο, ως ποσοστό των τρεχουσών δαπανών υγείας, λίγο περισσότερο από το 40 % διατίθεται για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, που είναι από τα υψηλότερα ποσοστά στην ΕΕ (ο μέσος όρος της ΕΕ είναι 29,7 %). Περίπου το ένα πέμπτο των πόρων δαπανάται σε ιατρικά προϊόντα, κυρίως φάρμακα, αναλογία που υπερβαίνει ελαφρώς τον μέσο όρο στην ΕΕ (18,1 %), όμως σε απόλυτους όρους μεταφράζεται σε κατά τι λιγότερο από 340 EUR ανά άτομο, ποσό πολύ μικρότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ. Οι δαπάνες για υπηρεσίες πρόληψης (21 EUR ανά άτομο) είναι πολύ χαμηλότερες από τον μέσο όρο της ΕΕ (89 EUR κατά κεφαλήν), με μόνο δύο άλλες χώρες της ΕΕ (Ρουμανία και Σλοβακία) να καταγράφουν χαμηλότερες δαπάνες. Αυτό αντιστοιχεί σε ποσοστό μόλις 1,2 % των δαπανών υγείας (έναντι 3,1 % στην ΕΕ). Η μακροχρόνια φροντίδα επίσης λαμβάνει χαμηλά επίπεδα χρηματοδότησης, 3,5 % των τρεχουσών δαπανών υγείας σε αντίθεση με τον πολύ υψηλότερο μέσο όρο στην ΕΕ (16,3 %).

Σχήμα 7. Το ποσοστό του ΑΕΠ που δαπανά η Κύπρος για την υγεία είναι κατά 3% χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ



Πηγή: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την υγεία 2019 (τα στοιχεία αφορούν το 2017).

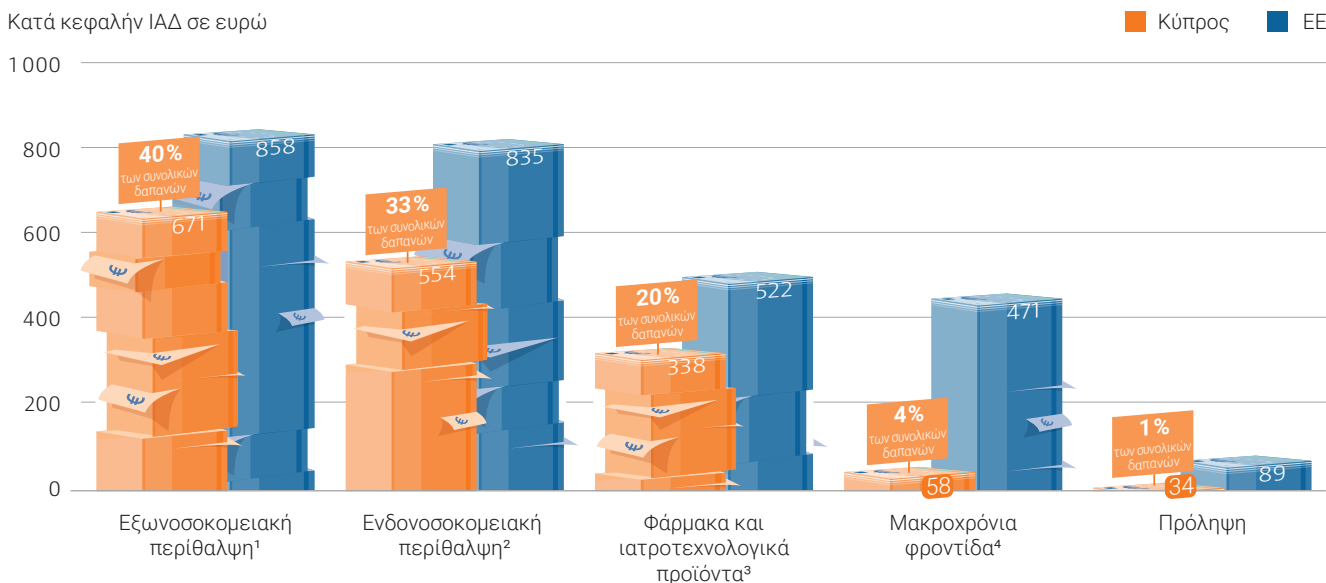
Οι περισσότεροι ιατροί εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα, ενώ οι περισσότεροι νοσηλευτές στον δημόσιο τομέα

Στην Κύπρο, η πυκνότητα ιατρών (σχεδόν 4 ανά 1 000 κατοίκους) είναι ελαφρώς μεγαλύτερη από τον μέσο όρο της ΕΕ, ενώ η πυκνότητα νοσηλευτών (περίπου 5 ανά 1 000 κατοίκους) είναι πολύ κάτω από τον μέσο όρο (σχήμα 9). Αυτά τα στατιστικά στοιχεία δεν αντανάκλουν τις ευρύτερες ανισορροπίες μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα όσον αφορά γενικότερα το εργατικό δυναμικό, δεδομένου ότι οι ιατροί

εργάζονται ως επί το πλείστον στον ιδιωτικό τομέα και οι νοσηλευτές στον δημόσιο τομέα. Αυτό σημαίνει ότι το δημόσιο σύστημα πλήττεται περισσότερο από τον χαμηλό αριθμό τόσο των ιατρών όσο και των νοσηλευτών. Επιπλέον, περισσότεροι από τους μισούς ιατρούς στην Κύπρο είναι άνω των 50 ετών (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2019). Τα τελευταία χρόνια ιδρύθηκαν τρεις ιατρικές σχολές στην Κύπρο, με την ελπίδα να αυξηθεί ο αριθμός των ιατρών για την πλήρωση των κενών θέσεων. Προηγουμένως, το σύστημα βασιζόταν στους αποφοίτους ιατρικών σχολών του εξωτερικού που επέστρεφαν στην Κύπρο για να ασκήσουν το επάγγελμά τους.

Σχήμα 8. Η Κύπρος δαπανά μικρότερο ποσό ανά άτομο σε ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και μακροχρόνια φροντίδα σε σύγκριση με την ΕΕ

Κατά κεφαλήν ΙΑΔ σε ευρώ



Σημειώσεις: Δεν περιλαμβάνονται οι διοικητικές δαπάνες. 1. Περιλαμβάνεται η κατ' οίκον περίθαλψη; 2. Περιλαμβάνονται η θεραπευτική φροντίδα και η φροντίδα αποκατάστασης σε νοσοκομεία και άλλες δομές; 3 Περιλαμβάνεται μόνο η αγορά εξωνοσοκομειακής περίθαλψης; 4 Περιλαμβάνεται μόνο το σκέλος που αφορά την υγεία.

Πηγές: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την υγεία 2019, βάση δεδομένων της Eurostat (τα στοιχεία αφορούν το 2017).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα αναμένεται να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στο νέο σύστημα υγείας

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, πριν από την υλοποίηση του νέου Γενικού Συστήματος Υγείας, το σύστημα υγείας στην Κύπρο απαρτιζόταν από δύο παράλληλα συστήματα, με τους δημόσιους και τους ιδιωτικούς παρόχους να λειτουργούν ανεξάρτητα και με ελάχιστο συντονισμό μεταξύ τους. Οι δημόσιες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας παρέχονταν σε κέντρα υγείας και στα τμήματα των εξωτερικών ιατρείων

των νοσοκομείων, με περίπου το ένα τέταρτο των ιατρών στην Κύπρο να αναφέρουν ότι παρέχουν υπηρεσίες γενικού ιατρού. Πριν από τον Ιούνιο του 2019 δεν υπήρχε ο μηχανισμός της υποχρεωτικής παραπομπής στους ειδικούς ιατρούς μέσω του γενικού-οικογενειακού ιατρού (gatekeeping), ούτε επίσημο σύστημα παραπομπών για να κατευθύνει τους ασθενείς από την πρωτοβάθμια φροντίδα στην εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα. Ωστόσο, ο εν λόγω μηχανισμός υποχρεωτικής παραπομπής θα αποτελέσει τη ραχοκοκαλιά του νέου Γενικού Συστήματος Υγείας και ήδη καταβάλλονται προσπάθειες για την πρόσληψη περισσότερων γενικών ιατρών και παιδίατρων που θα εργάζονται στο δημόσιο σύστημα.

Πλαίσιο 1. Η Κύπρος υλοποιεί την πρώτη φάση του νέου Γενικού Συστήματος Υγείας

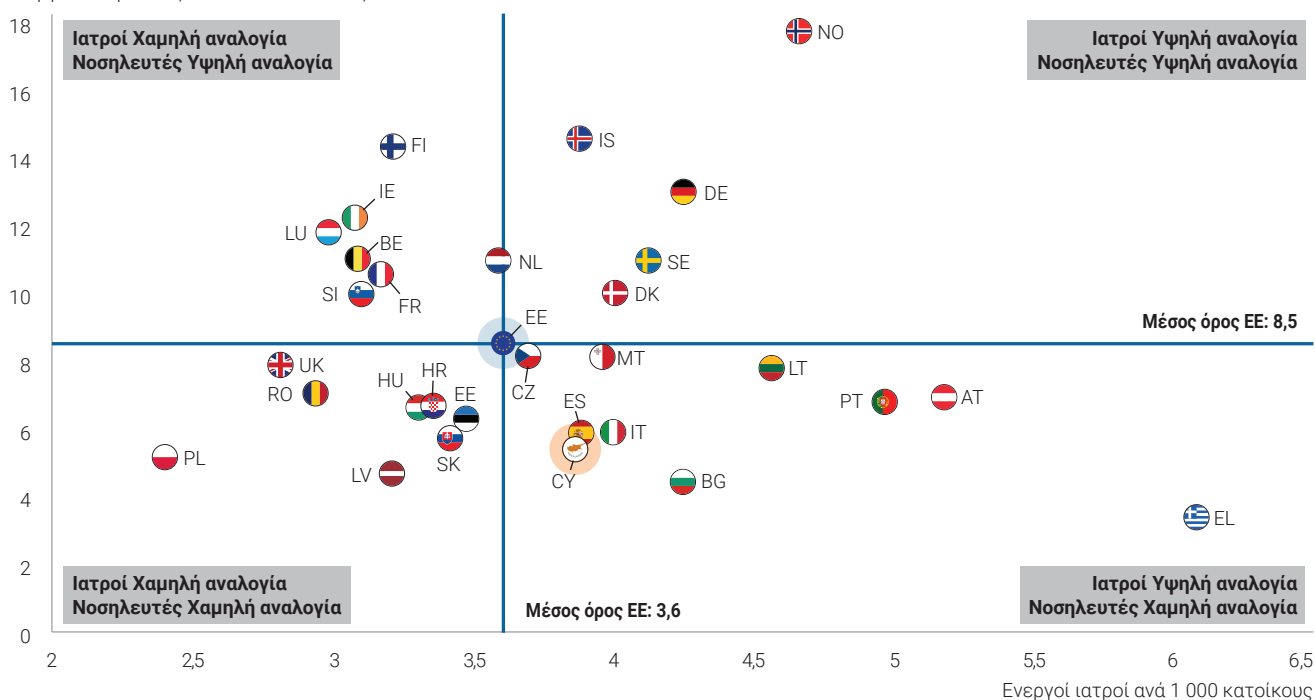
Ύστερα από περισσότερες από δύο δεκαετίες καθυστερήσεων, ανταγωνιστικών συμφερόντων των ενδιαφερομένων και μετά τον αντίκτυπο της χρηματοπιστωτικής κρίσης, επιτεύχθηκε το 2017 ένα αιπτό ορόσημο στην εγκαθίδρυση του νέου Γενικού Συστήματος Υγείας της Κύπρου. Θεσπίστηκε το νομοθετικό πλαίσιο και καθορίστηκαν χρονοδιαγράμματα για την υλοποίηση της καθολικής κάλυψης υγείας, καθώς και για την αναδιοργάνωση και την αυτονόμηση των δημόσιων νοσοκομείων.

Ενόψει της υλοποίησης της πρώτης φάσης του Γενικού Συστήματος Υγείας, πολλοί ειδικοί ιατροί και παιδίατροι του ιδιωτικού τομέα, καθώς και ιδιωτικές κλινικές, εξέφρασαν τις επιφυλάξεις τους όσον αφορά τη συμμετοχή τους στο νέο σύστημα, κυρίως λόγω ανησυχιών για χαμηλότερες από τις αναμενόμενες αμοιβές (Theodorou, 2019). Παρά τις ανησυχίες αυτές, μέχρι τις 23 Αυγούστου 2019, 391 πάροχοι έχουν συμβληθεί με το νέο Γενικό Σύστημα Υγείας ως γενικοί-οικογενειακοί ιατροί, 128 ως οικογενειακοί

παιδίατροι και 774 ως ειδικοί ιατροί. Ακόμη, περίπου 500 φαρμακεία και κλινικά εργαστήρια εντάχθηκαν στο νέο σύστημα. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι λίγο περισσότερο από το 80 % του πληθυσμού (687 000 άτομα) έχουν εγγραφεί στο νέο σύστημα ως δικαιούχοι. Οι δικαιούχοι έχουν πρόσβαση στους συμβεβλημένους παρόχους, παρότι το σύνολο του πληθυσμού –εγγεγραμμένοι ή μη– καλύπτεται στην πραγματικότητα από το νέο σύστημα και οι πολίτες εγγράφονται μόλις θελήσουν να αναζητήσουν κάποια υπηρεσία φροντίδας. Μέτρα για τη χορήγηση μεγαλύτερης αυτονομίας στα δημόσια νοσοκομεία προγραμματίστηκαν να τεθούν σε εφαρμογή τον Ιανουάριο του 2019 (βλ. επίσης ενότητα 5.3). Ωστόσο, έχουν σημειωθεί κάποιες καθυστερήσεις λόγω της αλλαγής της δομής διακυβέρνησης του Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας και της διαπραγμάτευσης των συμβατικών συμφωνιών με τους παρόχους του δημόσιου τομέα.

Σχήμα 9. Ο αριθμός των ιατρών είναι μεγαλύτερος από τον μέσο όρο της ΕΕ, ενώ ο αριθμός των νοσηλευτών είναι πολύ χαμηλότερος

Ενεργοί νοσηλευτές ανά 1 000 κατοίκους



Σημείωση: Στην Πορτογαλία και στην Ελλάδα, τα στοιχεία αναφέρονται σε όλους τους ιατρούς με άδεια άσκησης επαγγέλματος, οδηγώντας σε σημαντική υπερεκτίμηση του αριθμού (π.χ. περίπου 30 % στην Πορτογαλία). Για την Αυστρία και την Ελλάδα ο αριθμός των νοσηλευτών είναι υποεκτιμημένος, καθώς περιλαμβάνει μόνο όσους εργάζονται σε νοσοκομείο.

Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat (τα στοιχεία αφορούν το 2017 ή το πλησιέστερο έτος).

5 Απόδοση του συστήματος υγείας

5.1. Αποτελεσματικότητα

Η προλαμβανόμενη θνησιμότητα είναι η χαμηλότερη στην ΕΕ

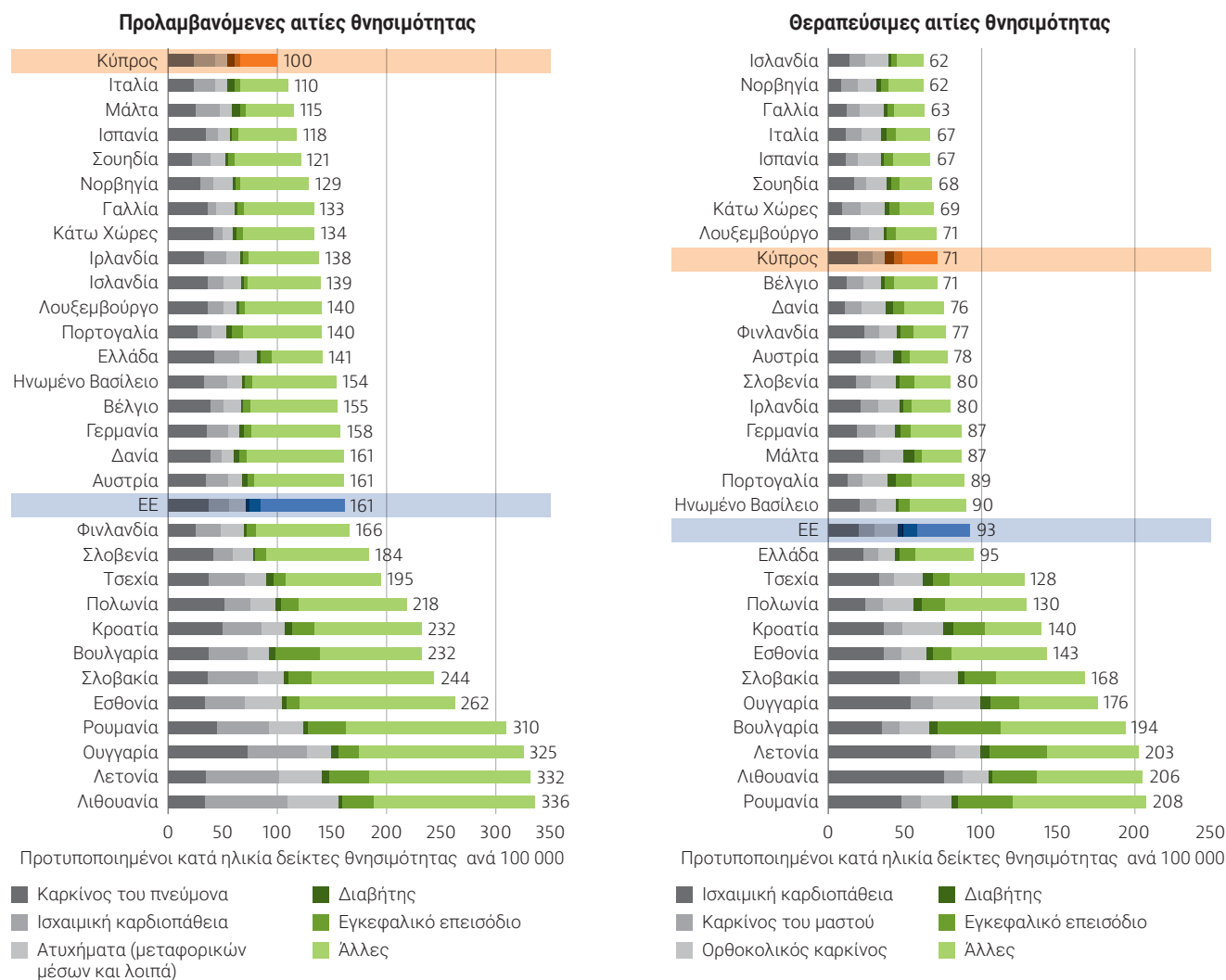
Η Κύπρος έχει το χαμηλότερο ποσοστό προλαμβανόμενης θνησιμότητας μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ (σχήμα 10). Η κυριότερη αιτία προλαμβανόμενης θνησιμότητας είναι ο θάνατος από καρκίνο του πνεύμονα, ενώ η ισχαιμική καρδιοπάθεια και τα ατυχήματα αποτελούν επίσης σημαντικούς παράγοντες. Όλοι οι αποτρέψιμοι θάνατοι από τις κυριότερες αιτίες είναι σημαντικά χαμηλότεροι από τον μέσο όρο της ΕΕ. Αυτά τα χαμηλά ποσοστά αποτρέψιμων θανάτων θα μπορούσαν εν μέρει να εξηγηθούν από τη χαμηλότερη έκθεση σε ορισμένους παράγοντες κινδύνου, όπως η κακή διατροφή και η κατανάλωση αλκοόλ από τους ενήλικους, παρότι τα ποσοστά καπνίσματος και παχυσαρκίας παραμένουν συγκριτικά υψηλά σε σχέση με τα επίπεδα της ΕΕ (βλ. ενότητα 3).

Τα τελευταία χρόνια έχουν δρομολογηθεί ορισμένες πρωτοβουλίες πρόληψης. Σε μια προσπάθεια μείωσης του αριθμού των θανάτων από τροχαία ατυχήματα, διοργανώθηκαν εκστρατείες ενημέρωσης για τη χρήση των ζωνών ασφαλείας στα αυτοκίνητα και του κράνους στους μοτοσικλετιστές, αλλά και την καταπολέμηση της οδήγησης σε κατάσταση μέθης. Μετά τα ανησυχητικά αποτελέσματα της Πρωτοβουλίας για την

Επιτήρηση της Παιδικής Παχυσαρκίας (COSI) σχετικά με την παιδική παχυσαρκία στην Κύπρο (ΠΟΥ, Περιφερειακό γραφείο για την Ευρώπη, 2018), το Υπουργείο Υγείας και το Υπουργείο Παιδείας σχεδιάζουν την εισαγωγή μαθημάτων υγιεινής διατροφής και μαγειρικής ήδη από το δημοτικό σχολείο.

Οι πολιτικές με στόχο τη μείωση των υψηλών ποσοστών καπνίσματος στην Κύπρο δεν στέφθηκαν από ιδιαίτερη επιτυχία. Το 2017 θεσπίστηκε νέος νόμος βάσει του οποίου απαγορεύεται το κάπνισμα σε όλους τους δημόσιους χώρους, συμπεριλαμβανομένων των μπαρ, των καφετεριών και των εστιατορίων, και προβλέπονται βαριά πρόστιμα για τους ιδιοκτήτες και τους καπνιστές. Ο νόμος αυτός αντικαθιστά τον προηγούμενο νόμο του 2010, ο οποίος δεν εφαρμόστηκε επαρκώς. Ωστόσο, η απαγόρευση ισχύει μόνο για τους εντελώς κλειστούς εσωτερικούς χώρους και, ως εκ τούτου, υπάρχουν νομικά κενά που μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο εκμετάλλευσης (π.χ. οι χώροι με άνοιγμα σε βεράντα εξαίρονται). Το κατά πόσον θα εφαρμοστεί επαρκώς ο νόμος εξακολουθεί να αποτελεί πρόβλημα.

Σχήμα 10. Η Κύπρος καταγράφει το χαμηλότερο ποσοστό προλαμβανόμενης θνησιμότητας, ενώ η θνησιμότητα από θεραπεύσιμες αιτίες είναι επίσης συγκριτικά χαμηλή



Τα ποσοστά παιδικού εμβολιασμού είναι γενικά υψηλότερα από τον μέσο όρο της ΕΕ, εκτός της Ιλαράς

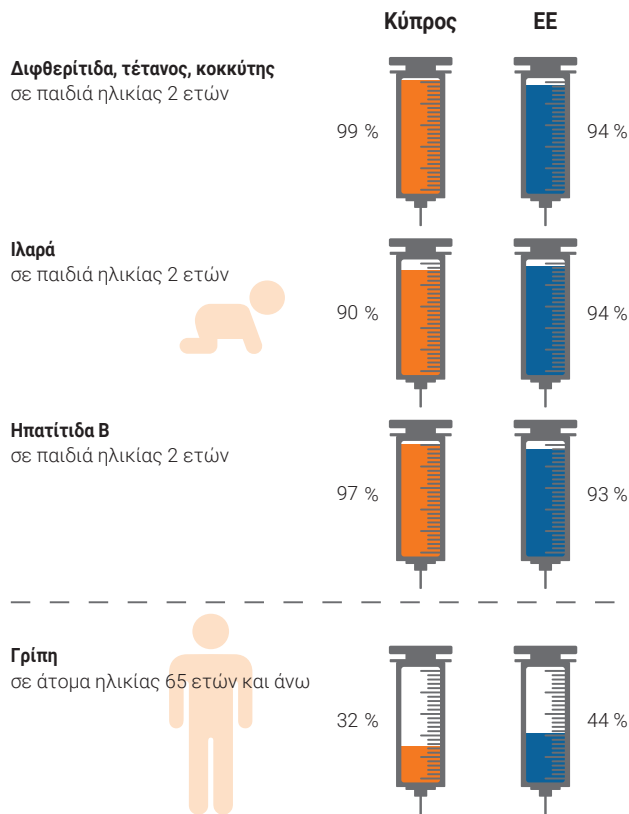
Ο εμβολιασμός δεν είναι υποχρεωτικός στην Κύπρο, αλλά παρέχεται δωρεάν σε όλα τα παιδιά στα κέντρα υγείας ή στα δημόσια νοσοκομεία, καθώς και από τον ιδιωτικό τομέα με την καταβολή συμμετοχής (συμπληρωμής) από τους ασφαλισμένους. Επιπλέον, στην αρχή κάθε σχολικής χρονιάς, επισκέπτες υγείας ελέγχουν αν οι μαθητές έχουν κάνει όλα τα προβλεπόμενα εμβόλια. Ο εμβολιασμός των παιδιών για διφθερίτιδα, τέτανο, κοκκύτη και ηπατίτιδα Β είναι αντίστοιχοι με τα επίπεδα της ΕΕ (99% και 97% των παιδιών έχουν καλυφθεί, αντίστοιχα), ωστόσο τα επίπεδα του εμβολιασμού για ιλαρά είναι χαμηλότερα από τον μέσο όρο της ΕΕ (σχήμα 11), καθώς και χαμηλότερα από τον στόχο του 95% που συνιστάται από τον ΠΟΥ προκειμένου να διατηρηθεί η συλλογική ανοσία. Το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) είναι διαθέσιμο σε όλα τα κορίτσια δωρεάν κατά την εισαγωγή τους στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (11 έως 12 ετών) (Rechel, Richardson & McKee, 2018). Για τους ενήλικους, η χρήση του εμβολίου κατά της γρίπης μεταξύ των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών είναι μόλις 32%, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (44%) και ακόμη χαμηλότερο από τον στόχο που έχει θέσει ο ΠΟΥ (75%).

Η Κύπρος έχει επίσης χαμηλά ποσοστά αποτρεψίμων θανάτων από θεραπεύσιμες αιτίες

Οι θάνατοι στην Κύπρο που δεν θα έπρεπε να είχαν συμβεί εάν υπήρχαν έγκαιρες και αποτελεσματικές παρεμβάσεις υγειονομικής περίθαλψης ήταν πολύ κάτω από το αντίστοιχο ποσοστό της ΕΕ το 2016 (βλ. σχήμα 10). Το 2016 το ποσοστό θνησιμότητας από θεραπεύσιμες αιτίες ήταν περίπου 71 ανά 100 000 κατοίκους, έναντι 93 που είναι ο μέσος όρος της ΕΕ. Στις κύριες αιτίες αυτής της θνησιμότητας περιλαμβάνονται η ισχαιμική καρδιοπάθεια, ο καρκίνος του μαστού και ο ορθοκολικός καρκίνος, ο διαβήτης και το εγκεφαλικό επεισόδιο.

Το 2016 το Υπουργείο Υγείας ανταποκρίθηκε στην αυξανόμενη απειλή του διαβήτη δρομολογώντας στρατηγικό σχέδιο κατά του διαβήτη. Το σχέδιο, το οποίο καλύπτει την περίοδο 2016–2020, βασίζεται σε πέντε πυλώνες, και περιλαμβάνει υπηρεσίες πρωτογενούς πρόληψης και δραστηριότητες προαγωγής της υγείας μέσω σχολικών υπηρεσιών υγείας και προγραμμάτων με βάση την κοινότητα, που στοχεύουν συγκεκριμένους πληθυσμούς που διατρέχουν κίνδυνο. Το σχέδιο θεσπίζει επίσης προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου για εγκύους σε εθνικό επίπεδο. Ο πυλώνας για τη διάγνωση και θεραπεία εστιάζεται στη σύσταση και την κατάρτιση πολυ-επιστημονικών ομάδων για τη θεραπεία του διαβήτη και την εφαρμογή θεραπευτικών πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων οδηγιών.

Σχήμα 11. Μόνο το ένα τρίτο περίπου των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών έχουν εμβολιαστεί κατά της γρίπης



Σημείωση: Τα στοιχεία αφορούν την τρίτη δόση των εμβολίων για διφθερίτιδα, τέτανο, κοκκύτη και ηπατίτιδα Β και την πρώτη δόση του εμβολίου κατά της ιλαράς.

Πηγές: ΠΟΥ/UNICEF Global Health Observatory Data Repository for children (τα στοιχεία αφορούν το 2018)· στατιστικές του ΟΟΣΑ για την υγεία 2019 και βάση δεδομένων της Eurostat για άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω (τα στοιχεία αφορούν το 2018 ή το πλησιέστερο έτος).

Εφαρμόζονται εθνικά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου για ορισμένες μορφές καρκίνου

Το 2014 ποσοστό 65 % των γυναικών ηλικίας 20 έως 60 ετών είχαν υποβληθεί σε προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε κάποια χρονική στιγμή κατά τα προηγούμενα δύο έτη. Το ποσοστό αυτό είναι συγκρίσιμο με το 66 % της ΕΕ βάσει των πλέον πρόσφατων διαθέσιμων δεδομένων.

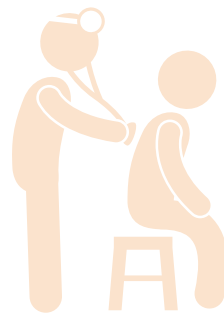
Αντίθετα, μόνο περίπου 35 % των γυναικών ηλικίας 50 έως 69 ετών υποβλήθηκαν σε προσυμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο του μαστού κατά τα προηγούμενα δύο έτη, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (61 %). Από το 2007, η Κύπρος εφαρμόζει εθνικό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες ηλικίας 50 έως 69 ετών, ο οποίος παρέχεται δωρεάν ανά διατία, ενώ κέντρα προσυμπτωματικού ελέγχου λειτουργούν σε όλες τις μεγάλες πόλεις. Ωστόσο, δεν υπάρχει εθνικό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Ένας από τους πιθανούς λόγους για κάποια από τα χαμηλά αναφερόμενα ποσοστά προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο θα μπορούσε να είναι ότι οι γυναικολόγοι διενεργούν ανεπίσημα εξέταση του μαστού όταν οι ασθενείς ζητούν να υποβληθούν σε εξέταση για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να μη ζητούν επισήμως αυτή την εξέταση, παρά μόνο κατόπιν σύστασης. Επιπλέον, είναι πιθανό οι γυναίκες να επιλέξουν να υποβληθούν σε μαστογραφία στον ιδιωτικό τομέα, από τον οποίο δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία. Σε κάθε περίπτωση, το χαμηλό συνολικό ποσοστό προσυμπτωματικού ελέγχου αποτυπώνει την έλλειψη εύρωστου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας, καθώς και το χαμηλό επίπεδο επενδύσεων στην πρωτοβάθμια φροντίδα.

Χρειάζονται περισσότερα δεδομένα για την αξιολόγηση της ποιότητας της περίθαλψης

Ενώ τα στοιχεία σχετικά με τη θνησιμότητα από θεραπεύσιμες αιτίες υποδεικνύουν ότι η Κύπρος παρέχει ικανοποιητικό συνολικό επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης σε σύγκριση με την ΕΕ, η απόδοση συγκεκριμένων τομέων όπως η πρωτοβάθμια φροντίδα ή η νοσοκομειακή περίθαλψη δεν μπορούν να αξιολογηθούν, καθώς δεν συλλέγονται σε συστηματική βάση στοιχεία για την ποιότητα της περίθαλψης ούτε από τον δημόσιο ούτε από τον ιδιωτικό τομέα. Αυτή η έλλειψη στοιχείων δυσχεραίνει τη λεπτομερέστερη αξιολόγηση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας, εμποδίζοντας τις προσπάθειες ενίσχυσης της παροχής υπηρεσιών. Ένας λόγος στον οποίο οφείλεται η έλλειψη στοιχείων είναι η απουσία συστήματος διαπίστευσης ή συστήματος παρακολούθησης της ποιότητας τόσο στις δημόσιες όσο και στις ιδιωτικές κλινικές.

Μία εξαίρεση είναι η συλλογή πληροφοριών για τις λοιμώξεις που σχετίζονται με χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας στα νοσοκομεία οξείας νοσηλείας. Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά, σε ποσοστό 8,2 % των ασθενών διαγνώστηκε τουλάχιστον μία λοίμωξη σχετιζόμενη με χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας σε νοσοκομεία οξείας νοσηλείας στην Κύπρο, που είναι από τα υψηλότερα ποσοστά στις χώρες της ΕΕ / του ΕΟΧ, όπου το μέσο ποσοστό ασθενών με τουλάχιστον μία τέτοια λοίμωξη ήταν 5,5 % (Suetens et al., 2018). Το σημαντικότερο είναι ότι στην Κύπρο καταγράφεται ποσοστό 51 % όσον αφορά τη σύνθετη μονάδα μέτρησης του ποσοστού των ανθεκτικών απομονωθέντων στελεχών λοιμώξεων σχετιζόμενων με χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, στοιχείο που αποτελεί ένδειξη υψηλών επιπέδων ανθεκτικών στα αντιβιοτικά βακτηρίων, έναντι ποσοστού 31,6 % στις χώρες της ΕΕ / του ΕΟΧ. Δεν είναι σαφές αν οι ενέργειες που αναλήφθηκαν ως αποτέλεσμα της Εθνικής Στρατηγικής για την Αντιμετώπιση της Μικροβιακής Αντοχής του 2012 υπήρξαν αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση αυτής της πρόκλησης.



5.2 Προσβασιμότητα

Το δημόσιο σύστημα παρέχει κάλυψη μόνο στα τρία τέταρτα των κατοίκων

Παρότι όλοι οι Κύπριοι κάτοικοι θα μπορούσαν να έχουν πρόσβαση σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας στο πλαίσιο του παλαιού συστήματος, κατά προσέγγιση μόνο το 76 % εξ αυτών θεωρούνταν από τεχνική άποψη ότι καλύπτονταν δωρεάν (πλαίσιο 2). Όσοι ανήκαν στον υπόλοιπο πληθυσμό, που δεν θεωρούνταν δικαιούχοι, έπρεπε να πληρώνουν ανά υπηρεσία βάσει του τιμοκαταλόγου που είχε καταρτιστεί από το Υπουργείο Υγείας, εάν επέλεγαν να επισκεφτούν τον δημόσιο τομέα. Ωστόσο, στην πράξη, τόσο οι δικαιούχοι όσο και οι μη δικαιούχοι συχνά επέλεγαν να χρησιμοποιήσουν τον ιδιωτικό τομέα, κυρίως λόγω των μεγάλων χρόνων αναμονής για δημόσιες υπηρεσίες, καθώς και ορισμένων αντιλήψεων περί χαμηλής ποιότητας των υπηρεσιών στον δημόσιο τομέα. Στόχος του νέου Γενικού Συστήματος Υγείας είναι να παράσχει κάλυψη για πρωτοβάθμια, εξωνοσοκομειακή και ενδονοσοκομειακή περίθαλψη σε όλους τους Κύπριους πολίτες, τους πολίτες της ΕΕ, τους νομίμως διαμένοντες υπηκόους τρίτων χωρών και τους αιτούντες άσυλο που διαθέτουν επίσημα έγγραφα.

Οι ανικανοποίητες ανάγκες είναι χαμηλές, αλλά δεκαπλάσιες για τις ομάδες με χαμηλό εισόδημα

Το ποσοστό του πληθυσμού που αναφέρει ανικανοποίητες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης το 2017 (1,5 %) ήταν ελαφρώς χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (1,8 %) και πολύ χαμηλότερο από το ποσοστό της Ελλάδας. Αν και χαμηλές, οι ανικανοποίητες ανάγκες στην Κύπρο διαφέρουν αισθητά ανάλογα με το εισόδημα: μόνο 0,4 % των ατόμων με υψηλό εισόδημα αναφέρουν ανικανοποίητες ανάγκες έναντι 4,1 % των ατόμων με χαμηλό εισόδημα (σχήμα 12). Οι ανικανοποίητες ανάγκες οφείλονται κυρίως στους μεγάλους χρόνους αναμονής για ορισμένες υπηρεσίες του δημόσιου τομέα και στην αντίληψη ότι η ποιότητα της περίθαλψης στον δημόσιο τομέα είναι κακή. Το υψηλό κόστος των επισκέψεων σε επαγγελματίες του ιδιωτικού τομέα αποτελεί επιπρόσθετο εμπόδιο, ιδίως για τα νοικοκυριά με συγκριτικά χαμηλότερο εισόδημα.

Σε μια προσπάθεια μείωσης των χρόνων αναμονής για υπηρεσίες υγείας στον δημόσιο τομέα, η κυβέρνηση επέτρεψε την πραγματοποίηση χειρουργικών επεμβάσεων στα δημόσια νοσοκομεία εκτός των κανονικών ωραρίων εργασίας. Έχει επίσης συμβληθεί με τον ιδιωτικό τομέα για την παροχή ορισμένων υπηρεσιών για τις οποίες παρατηρούνταν ιδιαίτερα μεγάλοι χρόνοι αναμονής τα τελευταία πέντε χρόνια. Τα μέτρα αυτά βελτίωσαν προσωρινά την κατάσταση μειώνοντας τους χρόνους αναμονής για ορισμένες υπηρεσίες, ωστόσο οι χρόνοι αναμονής συνεχίζουν να αποτελούν πρόβλημα για μια σειρά υπηρεσιών στον δημόσιο τομέα.

Οι ανικανοποίητες ανάγκες για οδοντιατρική περίθαλψη είναι υψηλότερες από τις αντίστοιχες για υγειονομική περίθαλψη, και οφείλονται κυρίως σε οικονομικούς λόγους: Το 8,3 % των ατόμων με χαμηλό εισόδημα ανέφεραν ανικανοποίητες ανάγκες για οδοντιατρική περίθαλψη έναντι μόλις 0,8 % των ατόμων με υψηλό εισόδημα, δηλαδή δεκαπλάσια διαφορά (σχήμα 12).

Πλαίσιο 2. Τα κενά όσον αφορά την κάλυψη τα οποία συνδέονται με τις ελάχιστες περιόδους εισφορών κοινωνικής ασφάλισης μεταβάλλονται

Πριν από το 2019 το δικαίωμα πρόσβασης σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας στην Κύπρο περιοριζόταν στους πολίτες της Κύπρου ή της ΕΕ οι οποίοι διέμεναν μόνιμα στη χώρα και είχαν καταβάλει εισφορές στο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης⁴ για τουλάχιστον τρία έτη. Η προϋπόθεση αυτή είχε αρνητικό αντίκτυπο στους ανέργους, ιδίως τους νέους, δεδομένου ότι το ποσοστό ανεργίας για τη συγκεκριμένη ομάδα είναι περίπου 20 %. Πολλοί από αυτούς ζούσαν με σχετικά χαμηλό εισόδημα, αλλά δεν είχαν συμπληρώσει τρία έτη εισφορών κοινωνικής ασφάλισης για να έχουν δικαίωμα πρόσβασης σε δωρεάν υγειονομική περίθαλψη. Η καθολική υγειονομική κάλυψη στο πλαίσιο του νέου Γενικού Συστήματος Υγείας εγγυάται σε όλους τους πολίτες που διαμένουν σε περιοχές που ελέγχονται από την Κυπριακή Δημοκρατία το δικαίωμα σε δωρεάν υπηρεσίες υγείας ανεξάρτητα από τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης.

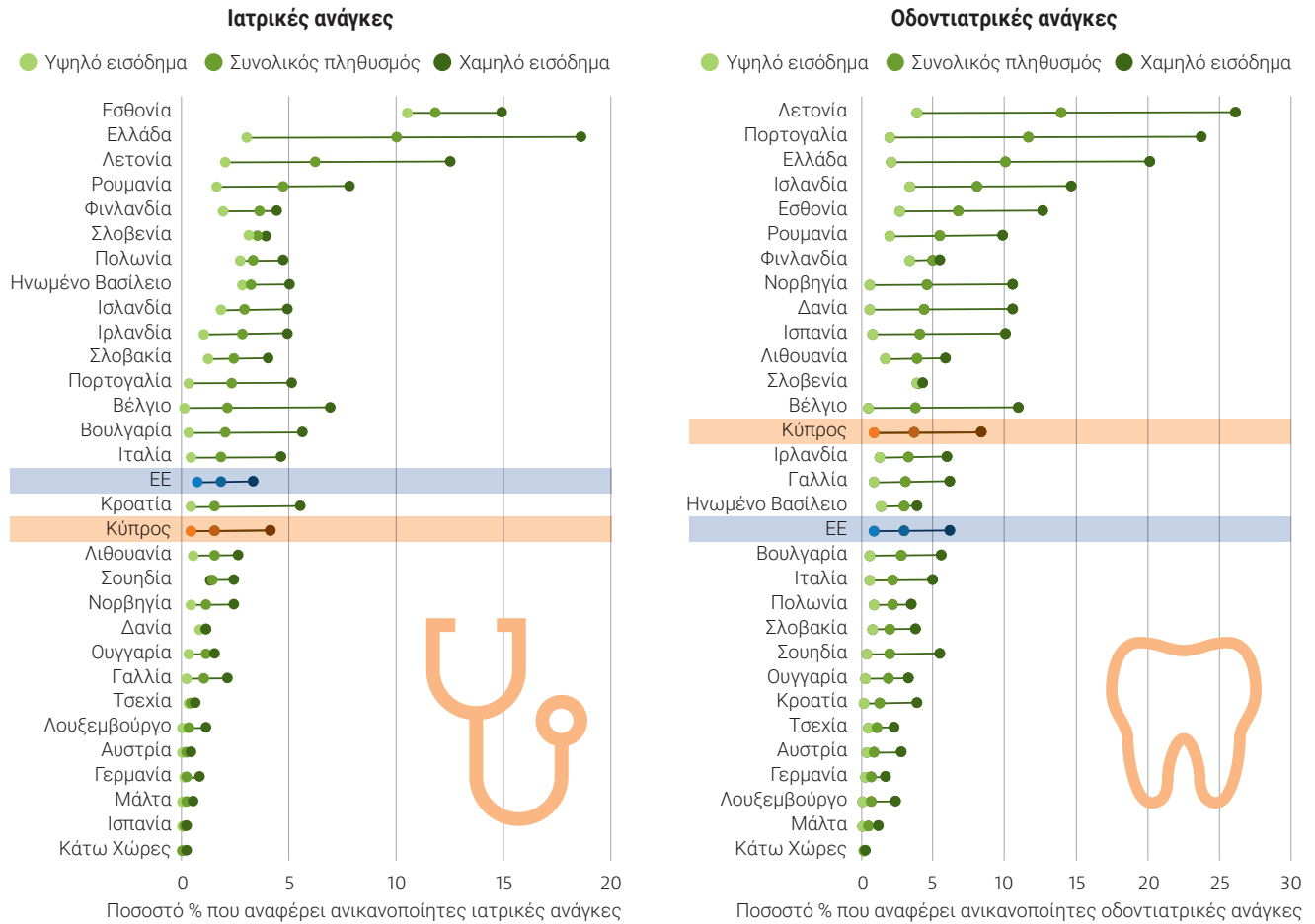
Τα φαρμακευτικά προϊόντα απορροφούν το μεγαλύτερο μερίδιο των άμεσων ιδιωτικών δαπανών

Το υψηλό ποσοστό συνολικών δαπανών για την υγεία που χρηματοδοτούνται από άμεσες ιδιωτικές πληρωμές στην Κύπρο οφείλεται κυρίως στην άμεση πληρωμή υπηρεσιών στον ιδιωτικό τομέα. Οι πληρωμές για τα φάρμακα αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο μερίδιο των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών και αντιστοιχούν στο 14,1 % των συνολικών δαπανών υγείας έναντι μόλις 5,5 % στην ΕΕ (σχήμα 13). Η Κύπρος έχει τις υψηλότερες τιμές φαρμάκων στην ΕΕ, όταν οι τιμές σταθμίζονται με βάση το εισόδημα κατ' άτομο (Petrou & Vandoiros, 2016). Προκειμένου να διασφαλιστεί η πρόσβαση σε φάρμακα, από τον Ιούνιο του 2019, στο πλαίσιο του νέου Γενικού Συστήματος Υγείας, οι δικαιούχοι καταβάλλουν κατ' αποκοπή συμμετοχή (συμπληρωμή) μόλις 1 EUR για το φθηνότερο γενόσημο ισοδύναμο του συνταγογραφούμενου φαρμάκου. Ο τρέχων κατάλογος των καλυπτόμενων φαρμάκων περιλαμβάνει 741 προϊόντα. Σε περίπτωση που οι ασθενείς επιθυμούν να αγοράσουν το πρωτότυπο φάρμακο, πρέπει να καταβάλουν τη διαφορά τιμής μεταξύ του φθηνότερου γενόσημου και του πρωτότυπου προϊόντος. Η Κύπρος είναι επίσης μέλος της συμμαχίας των νότιων κρατών-μελών της ΕΕ (Βαλέτα), μιας ομάδας περιφερειακής συνεργασίας που σχηματίστηκε το 2017 για να διερευνήσει τρόπους από κοινού διαπραγμάτευσης τιμών με τη φαρμακευτική βιομηχανία, προκειμένου να παραμείνουν οικονομικά προστά τα φάρμακα.

Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη αντιπροσωπεύει το δεύτερο μεγαλύτερο μερίδιο δαπανών σε άμεσες ιδιωτικές πληρωμές στην Κύπρο, που ανέρχεται στο 12,5 % των συνολικών δαπανών, έναντι 3,1 % που είναι ο μέσος όρος της ΕΕ. Οι δαπάνες σε άμεσες ιδιωτικές πληρωμές για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη αντιπροσωπεύουν το 6,3 % των δαπανών υγείας, ποσοστό υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (1,4 %) (σχήμα 13).

4: Το Ταμείο αυτό καθαυτό δεν χρησιμοποιείται για τη χρηματοδότηση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Σχήμα 12. Οι ομάδες με χαμηλότερο εισόδημα έχουν υψηλότερα επίπεδα ανικανοποίητων αναγκών τόσο για ιατρική όσο και για οδοντιατρική περίθαλψη



Σημείωση: Τα στοιχεία αναφέρονται σε ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρική και οδοντιατρική εξέταση ή αγωγή λόγω κόστους, απόστασης που πρέπει να διανυθεί ή χρόνου αναμονής. Κατά τη σύγκριση των στοιχείων μεταξύ χωρών απαιτείται προσοχή καθώς υπάρχουν ορισμένες διαφοροποιήσεις στο ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε.

Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat, βάσει των στατιστικών της ΕΕ για το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης (EU-SILC) (τα στοιχεία αφορούν το 2017).

Η επίπτωση των καταστροφικών δαπανών είναι χαμηλή παρά τη σημαντική εξάρτηση από τις άμεσες ιδιωτικές πληρωμές

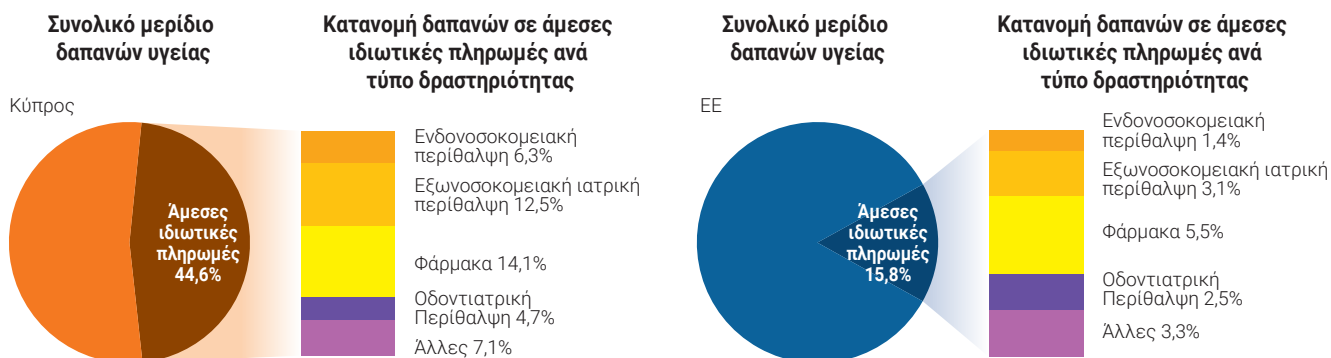
Ενώ οι δαπάνες σε άμεσες ιδιωτικές πληρωμές ως μερίδιο των συνολικών δαπανών υγείας είναι σχεδόν τριπλάσιες από τον μέσο όρο της ΕΕ, μόνο 5 % των νοικοκυριών αντιμετώπισαν καταστροφικές δαπάνες υγείας⁵ το 2015. Η επίπτωση των καταστροφικών δαπανών βρίσκεται πολύ κοντά στον μέσο όρο της ΕΕ (5,6 %) και είναι πολύ χαμηλότερη σε σύγκριση με ορισμένες χώρες της ανατολικής Ευρώπης οι οποίες επίσης εξαρτώνται σε συγκριτικά μεγάλο βαθμό από τις άμεσες ιδιωτικές πληρωμές για τη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης (σχήμα 14, Thomson, Cylus & Evetovits, 2019). Μία πιθανή εξήγηση για τη χαμηλότερη από την αναμενόμενη επίπτωση των καταστροφικών δαπανών είναι ότι το δημόσιο σύστημα έχει λειτουργήσει ως δίκτυ ασφαλείας, δηλαδή τα περισσότερα άτομα που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να πληρώσουν για ιδιωτικές υπηρεσίες έχουν το δικαίωμα, και επιλέγουν, να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες του δημόσιου τομέα με ελάχιστη ή μηδενική χρέωση.

5: Ως καταστροφικές δαπάνες ορίζονται οι άμεσες δαπάνες των νοικοκυριών για υπηρεσίες υγείας που υπερβαίνουν το 40 % των συνολικών τους δαπανών, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι ανάγκες διαβίωσης (δηλ. τροφή, στέγαση και υπηρεσίες κοινής ωφέλειας).

Η εξασφάλιση επαρκούς αριθμού γενικών ιατρών και νοσηλευτών είναι απαραίτητη για την κάλυψη των αναγκών περίθαλψης

Όπως επισημαίνεται στην ενότητα 4, ο αριθμός των ιατρών ανά 1 000 κατοίκους είναι μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο μέσο όρο της ΕΕ, ενώ ο αριθμός των νοσηλευτών είναι πολύ μικρότερος από τον μέσο όρο της ΕΕ (βλ. σχήμα 9), με τους ιατρούς να επιλέγουν να εργάζονται κυρίως ως ειδικοί ιατροί στον ιδιωτικό τομέα και τους νοσηλευτές να εργάζονται εν γένει στον δημόσιο τομέα. Επί του παρόντος, περίπου το 25 % των ιατρών στην Κύπρο είναι εγγεγραμμένοι ως γενικοί ιατροί, παρότι πολλοί δεν διαθέτουν επίσημους τίτλους εκπαίδευσης γενικής ιατρικής. Δεδομένου του κομβικού ρόλου των γενικών ιατρών και της πρωτοβάθμιας φροντίδας στο νέο σύστημα υγείας, ήδη από τα πρώτα στάδια υλοποίησης του Γενικού Συστήματος Υγείας εκφράστηκαν κάποιες ανησυχίες για το αν θα υπήρχαν αρκετοί γενικοί ιατροί για την κάλυψη των αναγκών. Γενικότερα, η κυριότερη πρόκληση όσον αφορά την υλοποίηση της πρώτης φάσης του νέου Γενικού Συστήματος Υγείας είναι η εξασφάλιση επαρκούς αριθμού ιατρικού προσωπικού, ιδίως ιατρών όλων των ειδικοτήτων, για την παροχή υπηρεσιών βάσει σύμβασης.

Σχήμα 13. Η εξωνοσοκομειακή ιατρική περίθαλψη και τα φάρμακα απορροφούν τα μεγαλύτερα μερίδια των άμεσων ιδιωτικών δαπανών



Πηγές: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την υγεία 2019 (τα στοιχεία αφορούν το 2017).

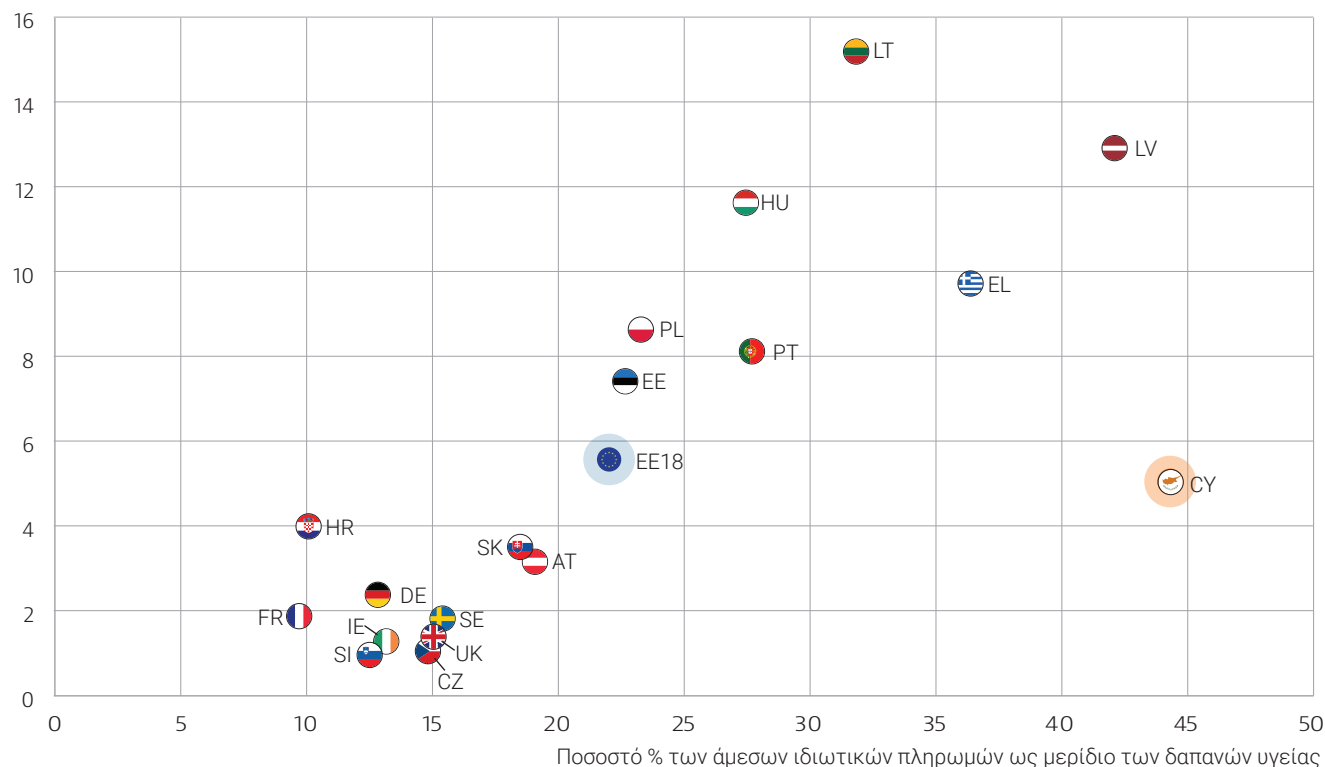
Οι διαγνωστικές εξετάσεις υψηλού κόστους είναι ως επί το πλείστον διαθέσιμες στον ιδιωτικό τομέα

Σύμφωνα με αναφορές, η Κύπρος διαθέτει σχετικά υψηλό αριθμό μαγνητικών και αξονικών τομογράφων ανά 100 000 κατοίκους (2,1 μαγνητικούς και 3,4 αξονικούς τομογράφους έναντι 1,2 και 2,2 στην ΕΕ αντίστοιχα). Ωστόσο, αυτά τα διαγνωστικά ιατροτεχνολογικά προϊόντα είναι κυρίως διαθέσιμα στον ιδιωτικό τομέα: ο δημόσιος τομέας έχει μόνο 1 μαγνητικό τομογράφο (με αποτέλεσμα εξαιρετικά μεγάλους χρόνους αναμονής) και 6 αξονικούς τομογράφους, ενώ ο ιδιωτικός τομέας έχει 17 μαγνητικούς και 23 αξονικούς τομογράφους. Πραγματοποιούνται κατά προσέγγιση 50 000 μαγνητικές τομογραφίες ανά έτος, εκ των οποίων το 89 %

πραγματοποιούνται στον ιδιωτικό τομέα. Αντίθετα, ενώ υπάρχει πολύ μεγαλύτερη συγκέντρωση αξονικών τομογράφων στον ιδιωτικό τομέα, μόνο το 23 % των περίπου 123 000 τομογραφιών που πραγματοποιούνται ετησίως είναι ιδιωτικές, γεγονός που δείχνει πιθανώς την υποχρησιμοποίηση ή την ελλιπή αναφορά αξονικών τομογραφιών στον ιδιωτικό τομέα (Theodorou et al., 2016).

Σχήμα 14. Οι πολύ υψηλές άμεσες ιδιωτικές δαπάνες δεν οδηγούν σε υψηλές καταστροφικές δαπάνες στην Κύπρο

Ποσοστό % των νοικοκυριών με καταστροφικές δαπάνες



Πηγές: ΠΟΥ, Περιφερειακό γραφείο για την Ευρώπη, 2019, Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την υγεία 2019.

5.3. Ανθεκτικότητα⁶

Δεν έχει σημειωθεί καμία πρόοδος προς την αύξηση των δημόσιων δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη

Οι δημόσιες δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη είναι πολύ χαμηλές στην Κύπρο, μόλις 2,8 % του ΑΕΠ, σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ (6,8 %). Η υποχρηματοδότηση δεν αποτελεί νέο πρόβλημα για το δημόσιο σύστημα υγείας. Οδηγεί σε μεγάλους χρόνους αναμονής στο δημόσιο σύστημα για ορισμένες υπηρεσίες και συντελεί στη διαμόρφωση της γενικής αντίληψης ότι οι υπηρεσίες του δημόσιου τομέα είναι κατώτερης ποιότητας, γεγονός που ωθεί τους ανθρώπους να αναζητούν περίθαλψη στον ιδιωτικό τομέα.

Ενώ το δημόσιο σύστημα χρηματοδοτείται αποκλειστικά από τη φορολογία πριν από τον Ιούνιο του 2019, η χρηματοδότηση του νέου Γενικού Συστήματος Υγείας θα προέρχεται από περισσότερες πηγές, μέσω προκαθορισμένων εισφορών από τους εργαζομένους, τους συνταξιούχους και τους εισοδηματίες (1,7 % του εισοδήματος για το πρώτο έτος εφαρμογής, που θα αυξηθεί σε 2,6 % του εισοδήματος τον Μάρτιο του 2020) και τους αυτοαπασχολούμενους (2,5 % του εισοδήματος, που θα αυξηθεί σε 4,0 %), καθώς και από τους εργοδότες (1,8 % του εισοδήματος, που θα αυξηθεί σε 2,9 %) και τον κρατικό προϋπολογισμό (1,6 % των εσόδων, που θα αυξηθεί σε 4,7 %). Ειδικότερα, ο υπολογισμός των εισφορών δεν βασίζεται μόνο στους μισθούς και στις συντάξεις αλλά και στο συνολικό ετήσιο εισόδημα. Ωστόσο, δεν είναι σαφές αν η τροποποίηση της μεθόδου χρηματοδότησης θα οδηγήσει βραχυπρόθεσμα σε σημαντική αύξηση των συνολικών δαπανών υγείας. Επιπλέον, δεδομένου ότι οι εισφορές που βασίζονται στο εισόδημα εξακολουθούν να εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την αγορά εργασίας, τα οικονομικά του συστήματος υγείας θα μπορούσαν να είναι ευαίσθητα στις μελλοντικές διακυμάνσεις της απασχόλησης.

Οι νέες ρυθμίσεις διακυβέρνησης θα παράσχουν μεγαλύτερη αυτονομία στα δημόσια νοσοκομεία

Παράλληλα με τη νομοθεσία για το νέο Γενικό Σύστημα Υγείας, το Κοινοβούλιο ψήφισε επίσης, το 2017, υπέρ της αυτονομίας των δημόσιων νοσοκομείων. Στο πλαίσιο του Γενικού

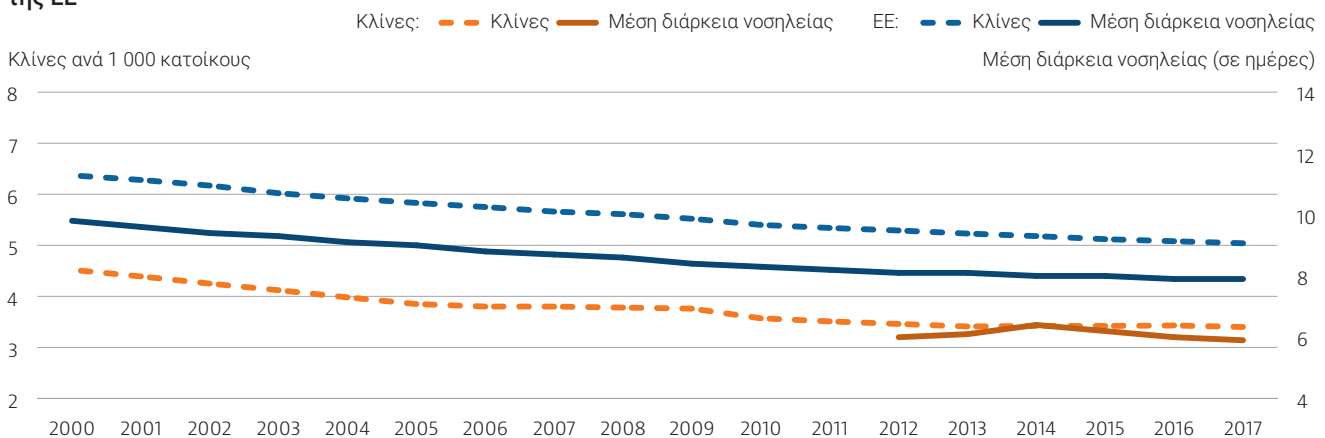
Συστήματος Υγείας, το Υπουργείο Υγείας θα μεταβιβάσει τις τρέχουσες αρμοδιότητές του στον τομέα της διοίκησης των δημόσιων νοσοκομείων στον Οργανισμό Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας, ο οποίος θα είναι επιφορτισμένος με την ανάπτυξη, την αναβάθμιση, τη διαχείριση και την εποπτεία των αυτόνομων δημόσιων νοσοκομείων και θα τα προετοιμάσει ώστε να ανταγωνιστούν τις ιδιωτικές κλινικές σε επίπεδο αποδοτικότητας, ποιότητας και αποτελεσματικότητας.

Μια ακόμη σημαντική πτυχή που πρέπει να εξεταστεί είναι το ενδεχόμενο άσκησης οικονομικής πίεσης που μπορεί να προκύψει απ' αυτή τη μεταρρύθμιση του νομικού καθεστώτος των δημόσιων νοσοκομείων. Η νομοθεσία ορίζει ότι το κράτος είναι υπεύθυνο για την επιδότηση τυχόν ελλειμμάτων των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης που δραστηριοποιούνται στα δημόσια νοσοκομεία κατά τα πρώτα πέντε έτη του νέου συστήματος, αρχής γενομένης από το 2019, ώστε να τους δοθεί κάποιος βαθμός ευελιξίας. Ωστόσο, αυτό δημιουργεί κάποια αβεβαιότητα σχετικά με τον δημοσιονομικό αντίκτυπο της μεταρρύθμισης (Council of the European Union, 2019).

Τα δημόσια νοσοκομεία διαθέτουν ελάχιστους πόρους, ωστόσο υπάρχουν κάποιες ενδείξεις αποδοτικών πρακτικών

Παρά την υποχρηματοδότησή τους στο πλαίσιο του προηγούμενου συστήματος υγείας, τα δημόσια νοσοκομεία φαίνεται ότι αξιοποιούν καταλλήλως τους περιορισμένους πόρους τους. Τα ποσοστά πληρότητας κλινών αντιστοιχούν στο 71,8 % έναντι 77 % στο σύνολο της ΕΕ, ενώ η μέση διάρκεια νοσηλείας, η οποία χρησιμοποιείται συχνά ως δείκτης αποδοτικότητας των νοσοκομείων, είναι έξι ημέρες, έναντι οκτώ ημερών που είναι ο μέσος όρος στην ΕΕ (σχήμα 15). Δεδομένου ότι στοιχεία για τη διάρκεια νοσηλείας είναι διαθέσιμα μόνο για τα τελευταία χρόνια, θα είναι σημαντικό να εξεταστεί πώς μεταβάλλεται η μέση διάρκεια νοσηλείας με την πάροδο του χρόνου, ιδίως μετά την αλλαγή του τρόπου αποζημίωσης των νοσοκομείων. Στο πλαίσιο του νέου Γενικού Συστήματος Υγείας, θα καθιερωθούν ομοιογενείς διαγνωστικές ομάδες (DRGs) για την αποζημίωση όλων των νοσοκομείων, με στόχο τη δημιουργία κινήτρων για την αποδοτικότερη λειτουργία τους.

Σχήμα 15. Ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών και η μέση διάρκεια νοσηλείας στην Κύπρο είναι κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ



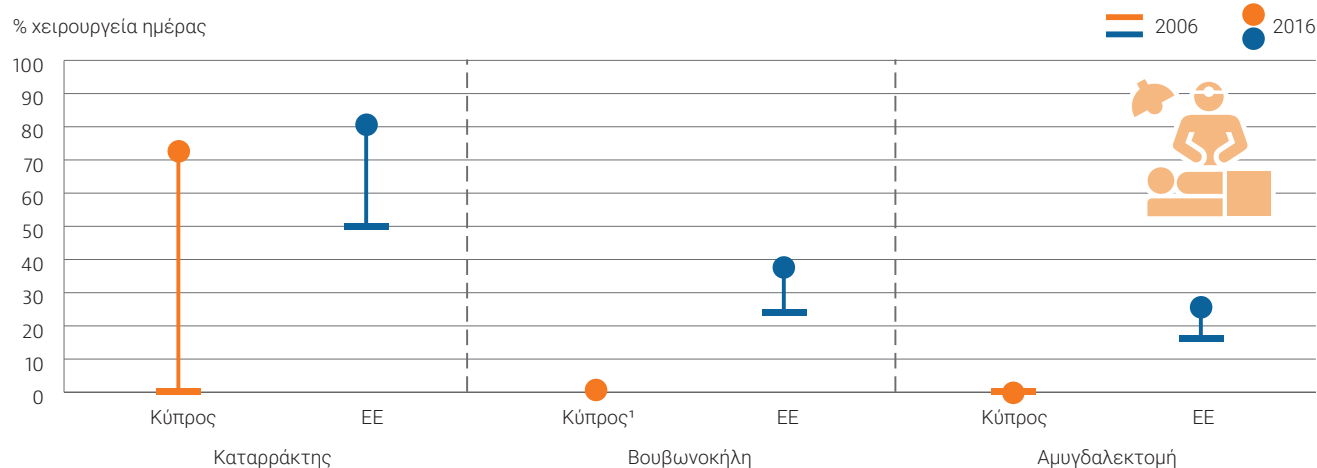
Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat.

⁶ Η ανθεκτικότητα αναφέρεται στην ικανότητα των συστημάτων υγείας να προσαρμόζονται αποτελεσματικά σε μεταβαλλόμενα περιβάλλοντα, αιφνίδιους κλυδωνισμούς ή κρίσεις.

Τα στοιχεία σχετικά με την εκτέλεση χειρουργικών επεμβάσεων χωρίς νοσηλεία, ως δείκτης αποδοτικότητας, δείχνουν ότι το 76 % των επεμβάσεων καταρράκτη πραγματοποιούνται σε εξωνοσοκομειακές δομές στην Κύπρο, έναντι 84 % που είναι ο μέσος όρος στην ΕΕ. Αντίθετα, το 2016 όλες οι περιπτώσεις αμυγδαλεκτομής στην Κύπρο αντιμετωπίστηκαν ενδονοσοκομειακά, ενώ περίπου 30 % των εν λόγω επεμβάσεων εκτελέστηκαν χωρίς νοσηλεία σε όλη την

ΕΕ. Από τα διαθέσιμα στοιχεία προκύπτει ανάλογη τάση για τη βουβωνοκλήη (σχήμα 16). Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι από το 2015 η Κύπρος παρουσιάζει πολύ υψηλό ποσοστό καισαρικών τομών (άνω του 50 % του συνόλου των τοκετών). Αυτό θα μπορούσε να είναι αποτέλεσμα γονικής επιλογής για την αποφυγή του επώδυνου τοκετού, αλλά μπορεί επίσης να είναι αποτέλεσμα προκλητής ζήτησης αυτού του είδους τοκετού, που υποκινείται από τους ίδιους τους ιατρούς.

Σχήμα 16. Η εκτέλεση χειρουργικών επεμβάσεων χωρίς νοσηλεία δεν είναι επαρκώς ανεπτυγμένη στην Κύπρο, με εξαίρεση τις επεμβάσεις καταρράκτη



Σημείωση: 1. Στοιχεία μη διαθέσιμα για την Κύπρο το 2006.

Πηγή: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την υγεία 2018· βάση δεδομένων της Eurostat (τα στοιχεία αφορούν το 2000 και το 2016 ή το πλησιέστερο έτος).

Η αλλαγή των μεθόδων πληρωμής των ιατρών θα μπορούσε να βελτιώσει την αποδοτικότητα και την ποιότητα της περίθαλψης

Οι τρόποι πληρωμής των ιατρών κατέχουν υψηλή θέση στην πολιτική ατζέντα στην Κύπρο. Στο πλαίσιο του προηγούμενου συστήματος υγείας, οι ιατροί του δημόσιου τομέα ήταν έμμισθοι δημόσιοι υπάλληλοι, ενώ οι ιδιωτικοί πάροχοι ήταν ανεξάρτητοι και αμείβονταν βάσει ενός συστήματος αμοιβής ανά παρεχόμενη υπηρεσία, συνήθως απευθείας από τους ίδιους τους ασθενείς. Κίνητρα για τη βελτίωση της απόδοσης ή την αύξηση της ποιότητας της περίθαλψης δεν υπήρχαν σε καμία από τις δύο περιπτώσεις.

Στο νέο Γενικό Σύστημα Υγείας, η κύρια μέθοδος πληρωμής για υπηρεσίες συμβεβλημένου γενικού ιατρού από τον ιδιωτικό τομέα θα είναι η κατά κεφαλήν αμοιβή για κάθε δικαιούχο που είναι εγγεγραμμένος στον κατάλογό του. Τα ποσά της κατά κεφαλήν αμοιβής διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία του εγγεγραμμένου δικαιούχου. Επιπλέον, η αποζημίωση των συμβεβλημένων ειδικών ιατρών, των οδοντιάτρων, των εργαστηρίων, των ασθενοφόρων, καθώς και των τμημάτων επειγόντων περιστατικών είναι κατά πράξη και εντός σφαιρικών προϋπολογισμών για να διασφαλιστεί ότι οι δαπάνες δεν θα υπερβούν τα διαθέσιμα κονδύλια, που σημαίνει ότι οι πληρωμές προς τους παρόχους θα αναπροσαρμόζονται ανάλογα με τον όγκο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τουλάχιστον προς το παρόν, οι υφιστάμενοι πάροχοι του δημόσιου τομέα έχουν διατηρήσει το καθεστώς του δημοσίου υπαλλήλου.

Πιστεύεται ότι αυτές οι αλλαγές στους μηχανισμούς πληρωμών θα λειτουργήσουν ως κίνητρο για να αυξήσουν οι ιατροί την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα μειώνοντας τους χρόνους αναμονής και παρέχοντας φροντίδα υψηλής

ποιότητας και καλύτερα αποτελέσματα στον τομέα της υγείας. Οι πραγματικές επιπτώσεις αυτών των νέων μέτρων θα πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά. Η παρακολούθηση αυτή θα υποστηριχθεί από ένα νέο ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα, το οποίο έχει τη δυνατότητα και να βελτιώσει τον συντονισμό και να μειώσει την προκλητή ζήτηση.

Η εξασφάλιση της στήριξης των κοινωνικών εταίρων έχει καθοριστική σημασία για την εφαρμογή του νέου Γενικού Συστήματος Υγείας

Η έλλειψη συναίνεσης μεταξύ των διαφόρων κοινωνικών εταίρων και πολιτικών κομμάτων στην κυβέρνηση καθυστέρησε την εγκαθίδρυση του νέου Γενικού Συστήματος Υγείας για 18 έτη, από τότε που θεσπίστηκε στο κοινοβούλιο ο πρώτος νόμος περί εθνικής ασφάλισης υγείας το 2001. Μεταξύ αυτών των κοινωνικών εταίρων περιλαμβάνονταν οι ιατροί του ιδιωτικού τομέα και τα ιδιωτικά νοσοκομεία, που θα υπόκεινταν σε περισσότερες ρυθμίσεις και ελέγχους, στο πλαίσιο του νέου συστήματος όσον αφορά τα εισοδήματά τους αλλά και την ποιότητα της φροντίδας που θα αναμένεται να παρέχουν. Άλλοι σημαντικοί κοινωνικοί εταίροι ήταν οι ιδιωτικές εταιρείες ασφάλισης υγείας, οι οποίες χρηματοδοτούν σχετικά μικρό μερίδιο των δαπανών υγείας, όμως ο αριθμός και τα έσοδά τους έχουν αυξηθεί με την πάροδο του χρόνου, οι ιατροί του δημόσιου τομέα που φοβόντουσαν ότι θα έχαναν τη σταθερότητα του καθεστώτος τους ως δημοσίων υπαλλήλων και οι εργοδότες που αντιστέκονταν στην καταβολή εισφορών υγείας για τους εργαζόμενούς τους. Σε μεγάλο βαθμό, η επιτυχία του νέου Γενικού Συστήματος Υγείας εξαρτάται από την ικανότητα της κυβέρνησης να διαχειριστεί εφεξής αυτούς τους διαφορετικούς κοινωνικούς εταίρους.

6 Βασικές διαπιστώσεις

- Γενικά, η κατάσταση της υγείας του κυπριακού πληθυσμού είναι καλή και το προσδόκιμο ζωής είναι από τα υψηλότερα στην ΕΕ. Ενώ τα ποσοστά θνησιμότητας από τις κυριότερες αιτίες θανάτου – ισχαιμική καρδιοπάθεια, εγκεφαλικό επεισόδιο και διαβήτη – έχουν μειωθεί κατά περισσότερο από 20 % τις τελευταίες δύο δεκαετίες, το ποσοστό θανάτων από διαβήτη είναι το υψηλότερο στην ΕΕ, γεγονός το οποίο ώθησε την κυβέρνηση να καταρτίσει εθνική στρατηγική για τον διαβήτη το 2016.
- Η παχυσαρκία των ενηλίκων είναι αντίστοιχη με τα επίπεδα της ΕΕ, ωστόσο το ποσοστό υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών ηλικίας έξι έως εννέα ετών στην Κύπρο είναι πολύ υψηλό, περίπου 43 %. Το κάπνισμα αποτελεί επίσης σημαντικό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία και ένας στους πέντε θανάτους μπορεί να αποδοθεί στο ενεργητικό και στο παθητικό κάπνισμα. Η ενίσχυση της νομοθεσίας για την απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους αποτελεί βήμα προς τη σωστή κατεύθυνση ωστόσο, υπάρχουν νομικά κενά, ενώ επίσης θα απαιτηθεί αυστηρότερη εφαρμογή της νομοθεσίας προκειμένου να έχει αποτέλεσμα.
- Η μεγαλύτερη, με διαφορά, πρόκληση για το κυπριακό σύστημα υγείας είναι η σταδιακή υλοποίηση του νέου Γενικού Συστήματος Υγείας, που ξεκίνησε τον Ιούνιο του 2019. Οι μεταρρυθμίσεις έχουν σχεδιαστεί με στόχο την επέκταση της κάλυψης (στην πράξη, μόνο 76 % του πληθυσμού είχε πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες μέχρι πρόσφατα), την αύξηση της ποιότητας της παρεχόμενης από τον δημόσιο τομέα περίθαλψης και τη μείωση του κατακερματισμού των υπηρεσιών που παρέχονται από τα κρατικά κέντρα υγείας και τα νοσοκομεία, παράλληλα με τον εν πολλοίς μη ρυθμιζόμενο, αλλά ευρέως χρησιμοποιούμενο, ιδιωτικό τομέα.
- Κύριος στόχος είναι να διασφαλιστεί ότι επαρκής αριθμός γενικών και ειδικών ιατρών θα συμβληθεί με τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας, ώστε να καταστεί δυνατή η ανάπτυξη των δυνατοτήτων του Γενικού Συστήματος Υγείας, η μείωση των μεγάλων χρόνων αναμονής και, ιδίως, η ενίσχυση της παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας. Το νέο σύστημα αναμένεται να βελτιώσει τον συντονισμό εντός και μεταξύ των δημόσιων και των ιδιωτικών παρόχων μέσω του μηχανισμού υποχρεωτικής παραπομπής στους ειδικούς ιατρούς μέσω του γενικού ιατρού (gatekeeping) και ενός συστήματος ηλεκτρονικών ιατρικών φακέλων ασθενών. Το σημερινό επίπεδο κατακερματισμού των υπηρεσιών αποτελεί πρόκληση για την αποτελεσματική κατανομή των ιατρών και των νοσηλευτών, τον σχεδιασμό του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας και τη στρατηγική αγορά ιατρικής τεχνολογίας.
- Στόχος του νέου Γενικού Συστήματος Υγείας είναι επίσης η αναδιοργάνωση του τρόπου διοίκησης των δημόσιων νοσοκομείων, ώστε να τους παρασχεθεί μεγαλύτερη αυτονομία. Ωστόσο, έχουν σημειωθεί καθυστερήσεις στην εφαρμογή των νέων ρυθμίσεων διοίκησης και στη διαπραγμάτευση συμβάσεων με τους δημόσιους παρόχους. Η προβλεπόμενη εισαγωγή ενός νέου συστήματος κατά περίπτωση αμοιβής για την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη σχεδιάστηκε με στόχο τον εξορθολογισμό της αποζημίωσης και τη βελτίωση της χρήσης των πόρων.
- Παρότι τα ποσοστά θνησιμότητας από προλαμβανόμενες και θεραπεύσιμες αιτίες είναι χαμηλά, υπάρχουν αποκλίσεις στην πρόσβαση σε διάφορες υπηρεσίες, οι οποίες επηρεάζουν τα αποτελέσματα όσον αφορά την υγεία. Για παράδειγμα, αν και τα ποσοστά προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι ανάλογα με τον μέσο όρο της ΕΕ, και παρά την ύπαρξη εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου, μόνο 35 % περίπου των γυναικών ηλικίας 50 έως 69 ετών έχει υποβληθεί σε προληπτική εξέταση για τον καρκίνο του μαστού τα τελευταία δύο χρόνια, ποσοστό που υπολείπεται μακράν του ποσοστού προσυμπτωματικού ελέγχου στην ΕΕ (60 %).
- Λίγο περισσότερες από τις μισές δαπάνες για την υγεία στην Κύπρο προέρχονται από ιδιωτικές πηγές, κυρίως από άμεσες ιδιωτικές πληρωμές, οι οποίες ως ποσοστό είναι οι υψηλότερες στην ΕΕ. Η εκτεταμένη χρήση υπηρεσιών του ιδιωτικού τομέα, ιδίως για επισκέψεις σε ειδικούς ιατρούς και διαγνωστικές εξετάσεις, οδηγεί σε πολύ υψηλές άμεσες ιδιωτικές πληρωμές, σχεδόν 45 % των δαπανών υγείας, ποσοστό πολύ υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (16 %) και δεύτερο υψηλότερο μετά τη Βουλγαρία. Αν και το επίπεδο των αναφερόμενων ανικανοποίητων ιατρικών αναγκών στην Κύπρο είναι ελαφρώς χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ, είναι δέκα φορές υψηλότερο για τις ομάδες με χαμηλό εισόδημα σε σύγκριση με τις ομάδες με υψηλό εισόδημα, γεγονός που δείχνει ότι υπάρχουν οικονομικά εμπόδια στην πρόσβαση, καθώς και προβλήματα οικονομικής προσιτότητας.



Βασικές πηγές

European Observatory on Health Systems and Policies, Cyprus, *Health Systems and Policy Monitor*, <https://www.hspm.org/countries/cyprus30042014/countrypage.aspx>

OECD, EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paris, <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>

Παραπομπές

Council of the European Union (2019), *Council Recommendation on the 2019 National Reform Programme of Cyprus*, <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-10166-2019-INIT/en/pdf>

Petrou P, Vantoros S (2016), *Pharmaceutical price comparisons across the European Union and relative affordability in Cyprus*. *Health Policy and Technology*, 5(4):350–56.

Rechel B, Richardson E, McKee M, eds. (2018), *The organization and delivery of vaccination services in the European Union*. European Observatory on Health Systems and Policies and European Commission, Brussels, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/386684/vaccination-report-eng.pdf?ua=1

Suetens C et al. (2018), Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017. *Eurosurveillance*, 23(46).

Theodorou M (2019), *Is the healthcare reform process in uncharted waters?* ESPN Flash Report 2019/16. European Social Policy Network (ESPN), European Commission, Brussels.

Theodorou M et al. (2016), CT and MRI units in Cyprus: A market analysis. *Value in Health*, 19(7):A618.

Thomson S, Cylus J, Evetovits T (2019), *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

WHO Regional Office for Europe (2018), *Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) Factsheet. Highlights 2015-17*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Συντομογραφίες Χωρών

Αυστρία	AT	Ελλάδα	EL	Ιταλία	IT	Λουξεμβούργο	LU	Ρουμανία	RO
Βέλγιο	BE	Εσθονία	EE	Κάτω Χώρες	NL	Μάλτα	MT	Σλοβακία	SK
Βουλγαρία	BG	Ηνωμένο Βασίλειο	UK	Κροατία	HR	Νορβηγία	NO	Σλοβενία	SI
Γαλλία	FR	Ιρλανδία	IE	Κύπρος	CY	Ουγγαρία	HU	Σουηδία	SE
Γερμανία	DE	Ισλανδία	IS	Λετονία	LV	Πολωνία	PL	Τσεχία	CZ
Δανία	DK	Ισπανία	ES	Λιθουανία	LT	Πορτογαλία	PT	Φινλανδία	FI

State of Health in the EU

Τα προφίλ υγείας ανά χώρα αποτελούν σημαντικό βήμα στο πλαίσιο του υπό εξέλιξη κύκλου παροχής γνώσης *State of Health in the EU*, που εκπονείται με τη χρηματοδοτική συνδρομή της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τα προφίλ είναι αποτέλεσμα κοινής προσπάθειας του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) και του European Observatory on Health Systems and Policies, σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

Τα προφίλ είναι συνοπτικά, παρουσιάζονται σε συνάρτηση με τις σχετικές πολιτικές και βασίζονται σε διαφανή και συνεπή μεθοδολογία. Χρησιμοποιούν τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά δεδομένα, τα οποία ωστόσο προσαρμόζονται με ευελιξία στο πλαίσιο κάθε χώρας της ΕΕ / του ΕΟΧ. Στόχος είναι η δημιουργία ενός μέσου αμοιβαίας μάθησης και εθελούσιων ανταλλαγών, το οποίο θα μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο από φορείς χάραξης πολιτικής όσο και από φορείς άσκησης επιρροής σε θέματα πολιτικής.

Κάθε προφίλ χώρας παραθέτει μια συνοπτική συγκεφαλαίωση όσον αφορά:

- την κατάσταση της υγείας στη χώρα
- τους καθοριστικούς παράγοντες για την υγεία, με επικέντρωση στους συμπεριφορικούς παράγοντες κινδύνου
- την οργάνωση του συστήματος υγείας
- την αποτελεσματικότητα, την προσβασιμότητα και την ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας.

Η Επιτροπή συμπληρώνει τις βασικές διαπιστώσεις των προφίλ αυτών με συνοδευτική έκθεση.

Για περισσότερες πληροφορίες: ec.europa.eu/health/state

Παρακαλούμε αναφέρετε αυτή τη δημοσίευση ως εξής: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Κύπρος: Προφίλ Υγείας 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264624870 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)