



State of Health in the EU

Κύπρος

Προφίλ Υγείας 2017

Η σειρά των προφίλ χώρας

Τα προφίλ χώρας παρέχουν μια περιεκτική και συναρτώμενη με πολιτικές επισκόπηση της υγείας και των συστημάτων υγείας στα κράτη μέλη της ΕΕ, με έμφαση στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους και τις προκλήσεις σε κάθε χώρα. Σκοπός τους είναι να υποστηρίξουν τις προσπάθειες των κρατών μελών για τη χάραξη τεκμηριωμένης πολιτικής.

Τα 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 τα κράτη μέλη, τα ίδια τα συστήματα υγείας και το δίκτυο παρακολούθησης πολιτικών για τις πολύτιμες παρατηρήσεις και προτάσεις τους.

Πίνακας περιεχομένων

1 • ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΑ ΣΗΜΕΙΑ	1
2 • Η ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ	2
3 • ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	4
4 • ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	6
5 • ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	9
5.1 Αποτελεσματικότητα	9
5.2 Προσβασιμότητα	11
5.3 Ανθεκτικότητα	13
6 • ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ	16

Πηγές δεδομένων και πληροφοριών

Τα δεδομένα και οι πληροφορίες που περιέχουν τα προφίλ χώρας βασίζονται κυρίως σε επίσημα στατιστικά στοιχεία που παρέχονται από τις χώρες στην Eurostat και στον ΟΟΣΑ, τα οποία επικυρώθηκαν τον Ιούνιο του 2017, ώστε να διασφαλίζεται το υψηλότερο δυνατό επίπεδο συγκρισιμότητας δεδομένων. Οι πηγές και οι μέθοδοι που σχετίζονται με τα δεδομένα αυτά διατίθενται στη βάση δεδομένων της Eurostat και στη βάση δεδομένων υγείας του ΟΟΣΑ. Επίσης κάποια επιπλέον δεδομένα προέρχονται από το Ινστιτούτο Μέτρησης και Αξιολόγησης της Υγείας (*Institute of Health Metrics and Evaluation*, IHME), το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC), τις έρευνες σχετικά με την υγειονομική συμπεριφορά παιδιών σχολικής ηλικίας (HBSC) και τον

Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), καθώς και από άλλες εθνικές πηγές.

Οι υπολογισθέντες μέσοι όροι της ΕΕ είναι σταθμισμένοι μέσοι όροι των 28 κρατών μελών, εκτός κι αν αναφέρεται κάτι διαφορετικό.

Για να αποθηκεύσετε στον υπολογιστή σας το φύλλο Excel που περιέχει όλους τους πίνακες και τα γραφήματα του παρόντος προφίλ χώρας, απλώς πληκτρολογήστε τους παρακάτω συνδέσμους (StatLink) στον διαδικτυακό φυλλομέτρητή σας: <http://dx.doi.org/10.1787/888933623666>

Δημογραφικό και κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο στην Κύπρο, 2015

	Κύπρος	ΕΕ
Δημογραφικοί παράγοντες	Μέγεθος πληθυσμού (σε χιλιάδες)	848
	Ποσοστό πληθυσμού ηλικίας άνω των 65 ετών (%)	14,6
	Δείκτης γονιμότητας ¹	1,3
Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες	ΑΕΠ ανά κάτοικο (ΙΑΔ σε ευρώ ²)	23 500
	Ποσοστό σχετικής φτώχειας ³ (%)	9,0
	Ποσοστό ανεργίας (%)	15,0

1. Αριθμός τέκνων ανά γυναίκα ηλικίας 15–49 ετών.

2. Ως ισοτιμία της αγοραστικής δύναμης (ΙΑΔ) ορίζεται η νομισματική ισοτιμία που εξισώνει την αγοραστική δύναμη διαφορετικών νομισμάτων εξαλείφοντας τις διαφορές στα επίπεδα των τιμών από χώρα σε χώρα.

3. Ποσοστό ατόμων που ζουν με λιγότερο από το 50 % του μέσου ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος.

Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat.

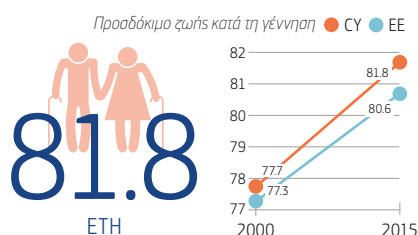
Δήλωση αποποίησης ευθύνης: Οι γνώμες που διατυπώνονται και τα επιχειρήματα που χρησιμοποιούνται στο παρόν έγγραφο δεσμεύουν μόνο τους συντάκτες τους και δεν αντικατοπτρίζουν κατ' ανάγκη τις επίσημες απόψεις του ΟΟΣΑ ή των κρατών μελών του ή του *European Observatory on Health Systems and Policies* ή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

Το παρόν έγγραφο, καθώς και τα δεδομένα και οι 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 διατίθενται στη διεύθυνση <http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/>

1 Σημαντικότερα σημεία

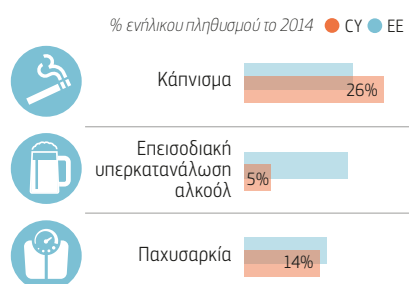
Η κατάσταση της υγείας των Κυπρίων είναι καλή, παρά το περιορισμένης δυναμικότητας δημόσιο σύστημα υγείας, που δεν παρέχει καθολική κάλυψη, και τη λειτουργία ενός ανεξάρτητου συστήματος ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης που λειτουργεί παράλληλα. Η νομοθεσία που εγκρίθηκε τον Ιούνιο του 2017 προλειαίνει το έδαφος για την δημιουργία εθνικού συστήματος υγείας με καθολική κάλυψη έως το 2020, που θα έχει ουσιαστικές επιπτώσεις στον τρόπο χρηματοδότησης και οργάνωσης της φροντίδας υγείας.

Κατασταση της υγείας



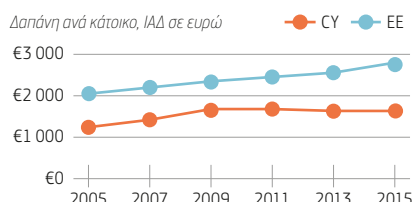
Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση επιμηκύνθηκε σε 81,8 έτη το 2015 από 77,7 έτη το 2000 και ήταν υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ. Το 80 % περίπου του πληθυσμού αναφέρει ότι η κατάσταση της υγείας του είναι καλή, αν και υπάρχουν αξιόλογες κοινωνικοοικονομικές ανισότητες. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής οφείλεται κυρίως στη μείωση των θανάτων από καρδιαγγειακά νοσήματα, τα οποία ωστόσο παραμένουν η κύρια αιτία θανάτου.

Παραγοντες κινδυνου



Το 2014 το 26 % των ενηλίκων στην Κύπρο κάπνιζε καθημερινά, ποσοστό που υπερβαίνει τον μέσο όρο της ΕΕ και παραμένει στα ίδια επίπεδα με το 2005. Η κατανάλωση αλκοόλ ανά ενήλικο μειώθηκε και η επεισοδιακή υπερκατανάλωση αλκοόλ είναι η χαμηλότερη στην ΕΕ. Σε αντίθεση με πολλές χώρες, τα ποσοστά παχυσαρκίας στους ενήλικες μειώθηκαν την τελευταία δεκαετία (κατά 2 %) σε 14 %. Ωστόσο, από τα στοιχεία προκύπτει ότι το ένα τέταρτο και πλέον των εφήβων είναι υπέρβαρο ή παχύσαρκο.

Δαπάνες υγείας

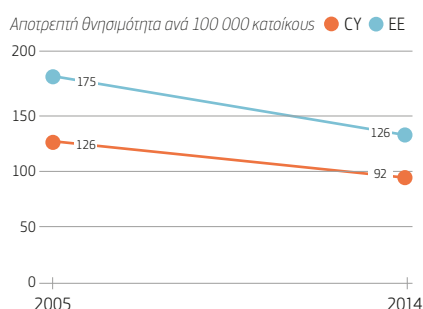


Οι δαπάνες υγείας είναι χαμηλότερες στην Κύπρο συγκριτικά με την πλειονότητα των υπόλοιπων χωρών της ΕΕ. Το 2015 η Κύπρος διέθεσε 1592 EUR ανά κάτοικο για υγειονομική περίθαλψη τη στιγμή που ο μέσος όρος της ΕΕ ήταν 2797 EUR. Οι συνολικές δαπάνες υγείας ανήλθαν στο 6,8 % του ΑΕΠ το 2015, και αφορούσαν σχεδόν κατά το ήμισυ άμεσες ιδιωτικές πληρωμές για κατά πράξη αμοιβές. Το κράτος διέθεσε το 7,1 % του συνολικού προϋπολογισμού του για την υγεία το 2015, που αποτελεί το μικρότερο ποσοστό στην Ευρώπη.

Αποδοτικότητα συστηματος υγείας

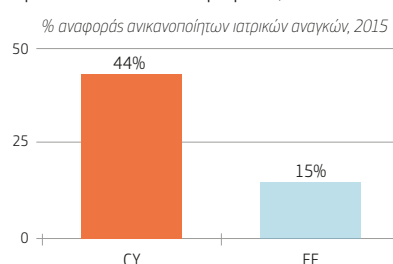
Αποτελεσματικότητα

Η αποτρεπτή θνησιμότητα στην Κύπρο παραμένει από τις χαμηλότερες στις χώρες της ΕΕ, εν μέρει λόγω της χαμηλής επίπτωσης κάποιων ιάσιμων νόσων, μεταξύ των οποίων και κάποιων μορφών καρκίνου.



Πρόσβαση

Οι ανικανοποίητες ανάγκες ιατρικής φροντίδας υπερβαίνουν τον μέσο όρο της ΕΕ, αλλά παραμένουν σχετικά χαμηλές αν ληφθεί υπόψη, αφενός, το γεγονός ότι δεν υπάρχει καθολική πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας και, αφετέρου, το υψηλό ποσοστό των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών (σχεδόν 44 %).



Ανθεκτικότητα

Οι πιέσεις που άσκησε η οικονομική κρίση ανέδειξαν την ανάγκη μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας. Μετά από δεκαετίες καθυστέρησης, το 2017 η κυβέρνηση πραγματοποίησε απτά βήματα προς την κατεύθυνση της εφαρμογής του νέου της συστήματος υγείας.



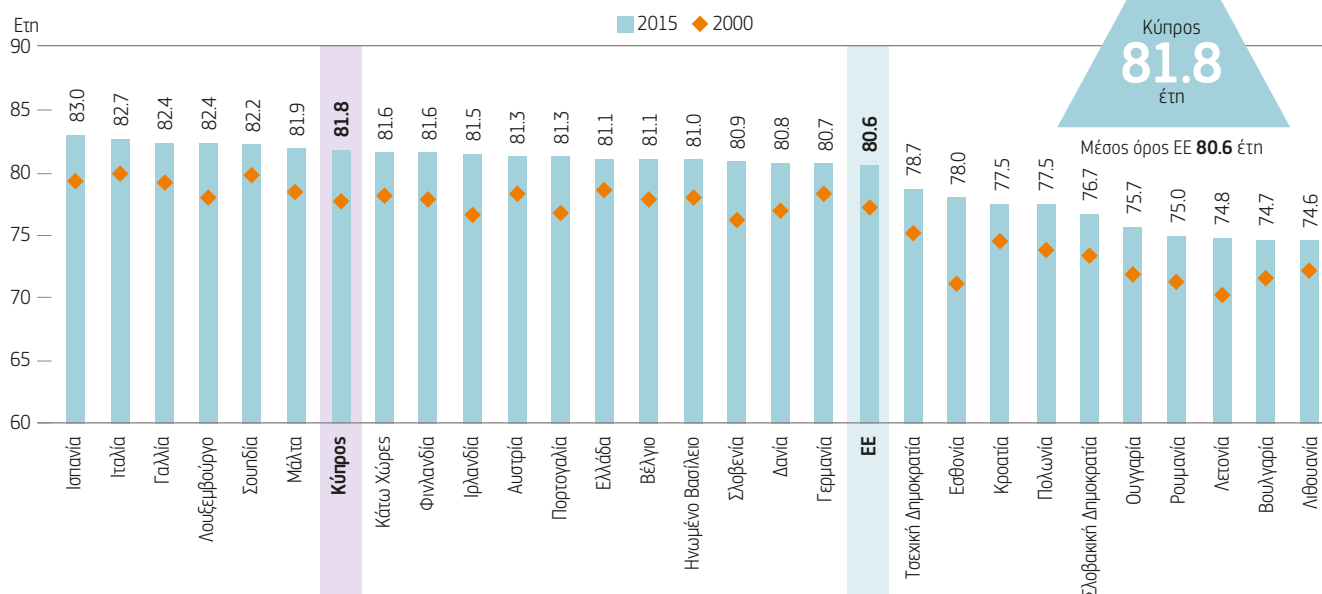
2 Η υγεία στην Κύπρο

Το προσδόκιμο ζωής του κυπριακού πληθυσμού είναι υψηλό

Χάρη στη συνολική επιμήκυνση του προσδόκιμου ζωής τις τελευταίες δεκαετίες, η Κύπρος διατηρήθηκε μεταξύ των χωρών της ΕΕ με τις υψηλότερες επιδόσεις. Το 2015 το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση

ήταν 81,8 έτη, ποσοστό υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (80,6 έτη) και το έβδομο υψηλότερο στο σύνολο των χωρών της ΕΕ (σχήμα 1). Επιπλέον, η διαφορά στο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση μεταξύ αντρών (79,9 έτη) και γυναικών (83,7 έτη) είναι μικρότερη συγκριτικά με την πλειονότητα των υπόλοιπων χωρών της ΕΕ. Το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών έχει βελτιωθεί σχεδόν κατά 2 έτη από το 2000.

Σχήμα 1. Οι Κύπριοι ζουν περισσότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ



Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat.

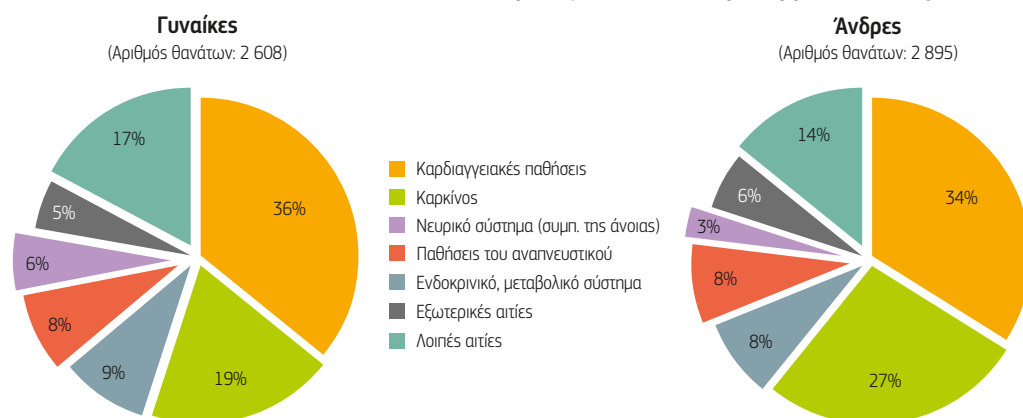
Τα καρδιαγγειακά νοσήματα παραμένουν η πρώτη αιτία θανάτου

Το υψηλό προσδόκιμο ζωής στην Κύπρο αποδίδεται κατά κύριο λόγο στη μείωση της θνησιμότητας λόγω καρδιαγγειακών νοσημάτων, συμπεριλαμβανομένων των καρδιοπαθειών και των εγκεφαλικών επεισοδίων. Παρά τη βελτίωση αυτή, τα καρδιαγγειακά νοσήματα παραμένουν η πρώτη αιτία θανάτου στις γυναίκες (36 % όλων των θανάτων) και στους άνδρες (34 %) (σχήμα 2). Η θνησιμότητα λόγω καρκίνου είναι η δεύτερη αιτία θανάτου, καθώς το 2014 ευθυνόταν για το 19 % όλων των θανάτων στις γυναίκες και για το 27 % στους άνδρες, αν και ο προτυπωμένος δείκτης θνησιμότητας κατά ηλικία λόγω καρκίνου παραμένει ο χαμηλότερος στην ΕΕ.

Τα ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα (συμπεριλαμβανομένου του διαβήτη) αποτελούν άλλη μία κύρια αιτία θανάτου, καθώς αντιπροσωπεύουν το 9 % όλων των θανάτων στις γυναίκες και το 8 % στους άνδρες, ποσοστά πολύ υψηλότερα συγκριτικά με την πλειονότητα των υπόλοιπων χωρών της ΕΕ. Ο δείκτης θνησιμότητας λόγω διαβήτη είναι ο υψηλότερος στην ΕΕ. Οι παθήσεις του νευρικού συστήματος (συμπεριλαμβανομένης της άνοιας) αποτελούν επίσης σημαντική και αυξανόμενη αιτία θανάτου, καθώς αντιπροσωπεύουν το 6 % στις γυναίκες και το 3 % στους άνδρες.

Από την εξέταση των επιμέρους αιτιών θανάτου προκύπτει ότι, ενώ οι ισχαιμικές καρδιοπάθειες και οι άλλες μορφές καρδιοπαθειας εξακολουθούν να αποτελούν τις δύο κυριότερες αιτίες θανάτου, κατά την προηγούμενη δεκαετία σημειώθηκε σημαντική αύξηση στον αριθμό των θανάτων λόγω διαβήτη, ο οποίος ευθυνόταν για το 7 % όλων των θανάτων το 2014. Επίσης, ο αριθμός των θανάτων λόγω της νόσου Alzheimer και άλλων μορφών άνοιας έχει σχεδόν τριπλασιαστεί από το 2000, στοιχείο που αποτυπώνει τη γήρανση του πληθυσμού, τη βελτίωση των διαγνώσεων, την έλλειψη αποτελεσματικών θεραπειών, καθώς και την ακριβέστερη κωδικοποίηση. Ο καρκίνος του πνεύμονα παραμένει η πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο, καθώς ο αριθμός των ατόμων που πέθαναν από τη νόσο αυτή σχεδόν διπλασιάστηκε μεταξύ 2004 και 2014. Εντούτοις, ο σχετικός δείκτης θνησιμότητας παραμένει χαμηλός συγκριτικά με άλλες χώρες της ΕΕ. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου και του μαστού αποτελούν τη δεύτερη και τρίτη πιο συχνή αιτία θνησιμότητας από καρκίνο, αν και αντιπροσωπεύουν μικρό μόνο ποσοστό των συνολικών θανάτων (σχήμα 3).

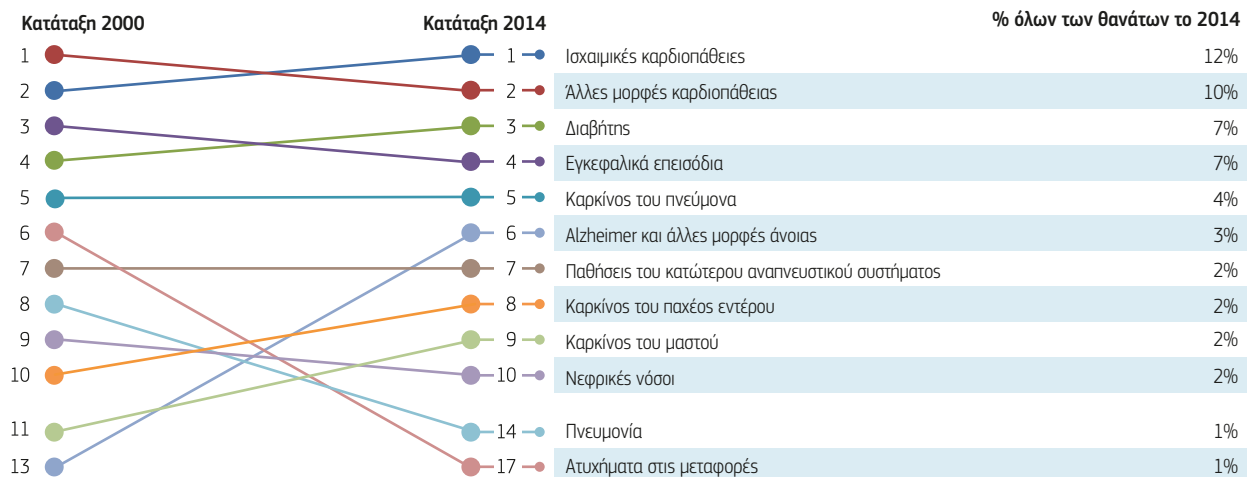
Σχήμα 2. Η πλειονότητα όλων των θανάτων στην Κύπρο οφείλεται σε καρδιαγγειακά νοσήματα και καρκίνο



Σημείωση: Η παράθεση των δεδομένων γίνεται ανά ευρύτερο κεφάλαιο της διεθνούς ταξινόμησης των νόσων (ICD). Η άνοια προστέθηκε στο κεφάλαιο των νοσημάτων του νευρικού συστήματος ώστε να ομαδοποιηθεί μαζί με τη νόσο Alzheimer (την κύρια μορφή άνοιας).

Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat (τα στοιχεία αφορούν το 2014).

Σχήμα 3. Οι θάνατοι από διαβήτη, κάποιες μορφές καρκίνου και η άνοια αυξάνονται ως ποσοστό των συνολικών θανάτων



Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat.

Καταγράφεται σημαντική αύξηση των σταθμισμένων λόγω αναπηρίας ετών ζωής που χάνονται εξαιτίας του διαβήτη

Τα κυριότερα αίτια απολεσθέντων σταθμισμένων λόγω αναπηρίας ετών ζωής¹, λαμβανομένων υπόψη των φορτίων τόσο θνησιμότητας όσο νοσηρότητας, είναι οι μυοσκελετικές διαταραχές (συμπεριλαμβανομένης της χαμηλής οσφυαλγίας και του αυχενικού συνδρόμου), οι ισχαιμικές καρδιοπάθειες, ο διαβήτης και οι μείζονες καταθλιπτικές διαταραχές. Αν και ο αριθμός των σταθμισμένων λόγω αναπηρίας ετών ζωής εξαιτίας ισχαιμικών καρδιοπαθειών μειώθηκε κατά 40 % και πλέον μεταξύ 2000 και 2015, τα σταθμισμένα λόγω αναπηρίας έτη ζωής που χάνονται εξαιτίας του διαβήτη αυξήθηκαν κατά περισσότερο από ένα τρίτο την εν λόγω περίοδο (IHME, 2016). Το 6,1 % περίπου των ατόμων ηλικίας 15 ετών και άνω στην Κύπρο ανέφερε ότι έπασχε από διαβήτη το 2014, ποσοστό ελαφρώς αυξημένο

σε σχέση με το 2008 (5,6 %), αν και τα εν λόγω αυτοαναφερόμενα δεδομένα ενδέχεται να υποεκτιμούν τον επιπολασμό.

Βάσει αυτοαναφερόμενων στοιχείων από την ευρωπαϊκή έρευνα για την υγεία βάσει ερωτηματολογίου (EHIS), περισσότερα από ένα στα έξι άτομα ηλικίας 15 ετών και πλέον στην Κύπρο πάσχουν από υπέρταση, ενώ ένα στα δεκαέξι πάσχουν από άσθμα ή άλλες χρόνιες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος. Παρατηρούνται ευρύτατες ανισότητες όσον αφορά τον επιπολασμό αυτών των χρόνιων παθήσεων ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο. Τα άτομα με το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο² είχαν τριπλάσιες πιθανότητες να πάσχουν από υπέρταση, διαβήτη και άσθμα ή άλλες χρόνιες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος, και σχεδόν πενταπλάσιες πιθανότητες να πάσχουν από κατάθλιψη συγκριτικά με τα άτομα με το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης το 2014³.

2. Το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο αναφέρεται σε άτομα με προσχολική, πρωτοβάθμια και κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (επίπεδα 0–2 κατά ISCED), ενώ το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο αναφέρεται σε άτομα με τριτοβάθμια εκπαίδευση (επίπεδα 5–8 κατά ISCED).

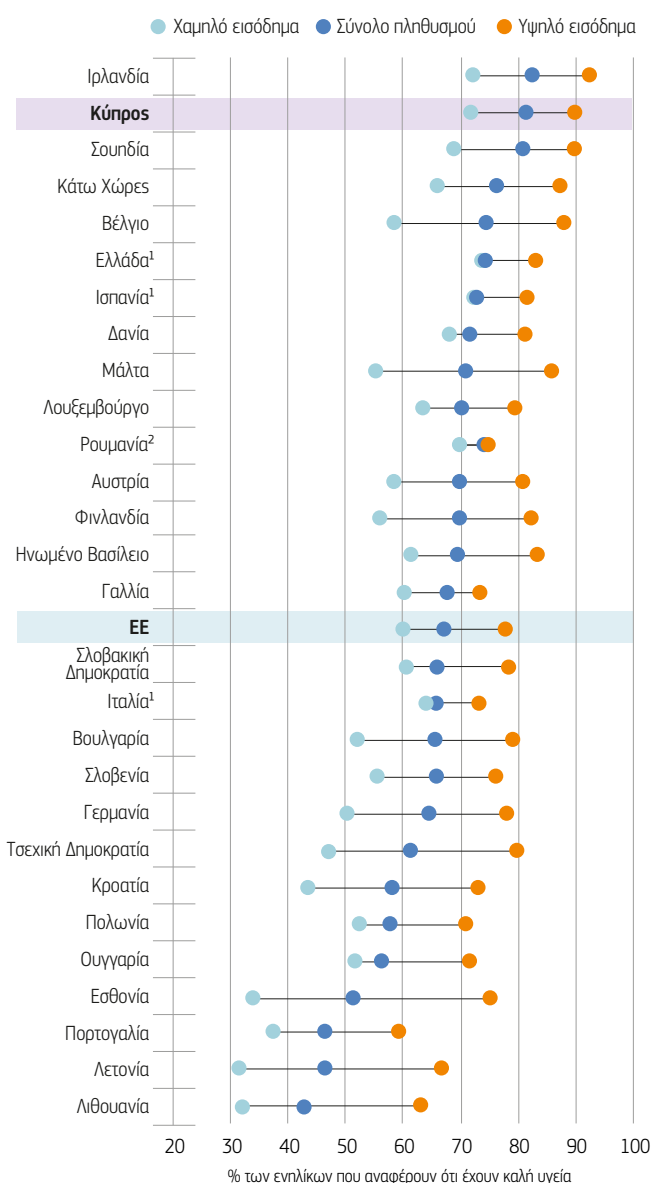
3. Οι ανισότητες ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο οφείλονται κατά ένα μέρος στο υψηλότερο ποσοστό ηλικιωμένων με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, αν και ο παράγοντας αυτός δεν αρκεί από μόνος του για να δικαιολογήσει όλες τις κοινωνικοοικονομικές διαφορές.

1. Τα σταθμισμένα λόγω αναπηρίας έτη ζωής (DALY) είναι ένας δείκτης που χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό του συνολικού αριθμού ετών που χάνονται λόγω συγκεκριμένων ασθενειών και παραγόντων κινδύνου. Ένα σταθμισμένο λόγω αναπηρίας έτος ζωής ισοδυναμεί με την απώλεια ενός έτους υγιούς ζωής (IHME).

Η αυτοαναφερόμενη καλή υγεία βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα στην Κύπρο

Οι κάτοικοι της Κύπρου στη συντριπτική πλειονότητά τους (80 %) αναφέρουν ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι καλή, ποσοστό πολύ υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (67 %). Ωστόσο, όπως και σε άλλες χώρες της ΕΕ, υπάρχουν αξιόλογες διαφοροποιήσεις ανάλογα με την εισοδηματική τάξη: το 90 % των ατόμων στο υψηλότερο πεμπτημώριο εισοδήματος ανέφερε ότι η κατάσταση της υγείας του είναι καλή το 2015 συγκριτικά με το μόλις 70 % περίπου των ατόμων στο χαμηλότερο πεμπτημώριο εισοδήματος (σχήμα 4).

Σχήμα 4. Τα περισσότερα άτομα αναφέρουν ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι καλή, αλλά υπάρχουν μεγάλες διαφορές ανά εισοδηματική τάξη



Σημειώσεις:

1. Τα ποσοστά για τον συνολικό πληθυσμό και τον πληθυσμό χαμηλού εισοδήματος είναι περίπου τα ίδια.
2. Τα ποσοστά για τον συνολικό πληθυσμό και τον πληθυσμό υψηλού εισοδήματος 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 2015).

3 Παραγοντες κινδυνου

Οι συμπεριφορικοί παράγοντες κινδύνου αποτελούν σημαντικούς καθοριστές της καλής κατάστασης της υγείας

Η σχετικά καλή κατάσταση της υγείας του πληθυσμού στην Κύπρο συνδέεται με μια σειρά παραγόντων καθοριστικών για την υγεία όπως, μεταξύ άλλων, οι κατά κανόνα καλές συνθήκες διαβίωσης και ο σχετικά μικρός επιπολασμός πολλών συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου. Εντούτοις, βάσει των εκτιμήσεων του *Ινστιτούτου Μέτρησης και Αξιολόγησης της Υγείας* (IHME), το ένα τέταρτο σχεδόν (24 %) του συνολικού φορτίου νοσηρότητας στην Κύπρο το 2015 (σε σταθμισμένα λόγω αναπηρίας έτη ζωής) μπορεί να αποδοθεί σε συμπεριφορικούς παράγοντες κινδύνου, κυρίως δε στο κάπνισμα, αλλά και σε παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την κακή διατροφή και την ελλιπή σωματική άσκηση (IHME, 2016).

Το κάπνισμα παραμένει σημαντικό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία στην Κύπρο

Το ποσοστό των ενηλίκων που ανέφεραν ότι καπνίζουν σε καθημερινή βάση στην Κύπρο το 2014 παρέμεινε πολύ υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (26 % στην Κύπρο έναντι 21 % στην ΕΕ κατά μέσο όρο), και ήταν το τέταρτο υψηλότερο συνολικά (βλ. σχήμα 5). Οι άνδρες είναι αρκετά πιο πιθανό να καπνίζουν από ότι οι γυναίκες (38 % για τους άνδρες έναντι 14 % για τις γυναίκες). Σύμφωνα με στοιχεία της έρευνας EHIS, το κάπνισμα στην Κύπρο είναι συχνότερο στα άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου. Αυτό δεν είναι πολύ συχνό φαινόμενο στα κράτη μέλη της ΕΕ (όπου το ποσοστό καπνίσματος είναι κατά κανόνα υψηλότερο στα άτομα χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου). Σε μια προσπάθεια να μειωθούν τα ποσοστά καπνίσματος επιβλήθηκε απαγόρευση του καπνίσματος σε εσωτερικούς χώρους (βλ. ενότητα 5.1).



Η κατανάλωση αλκοόλ είναι χαμηλότερη από ό,τι στα περισσότερα κράτη μέλη της ΕΕ

Η κατανάλωση αλκοόλ, μετρούμενη είτε ως συνολική κατανάλωση αλκοόλ είτε ως ποσοστό των ενηλίκων που αναφέρουν επεισοδιακή υπερκατανάλωση αλκοόλ⁴, είναι χαμηλή συγκριτικά με την πλειονότητα των υπόλοιπων χωρών της ΕΕ. Η συνολική κατανάλωση αλκοόλ ήταν περίπου 9 λίτρα ανά ενήλικο το 2014, 1 λίτρο λιγότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ. Το ποσοστό των Κυπρίων ενηλίκων που ανέφεραν επεισοδιακή υπερκατανάλωση αλκοόλ το 2014 ήταν το χαμηλότερο στο σύνολο των χωρών της ΕΕ (μόλις 5 % συγκριτικά με 20 % κατά μέσο όρο στην ΕΕ).

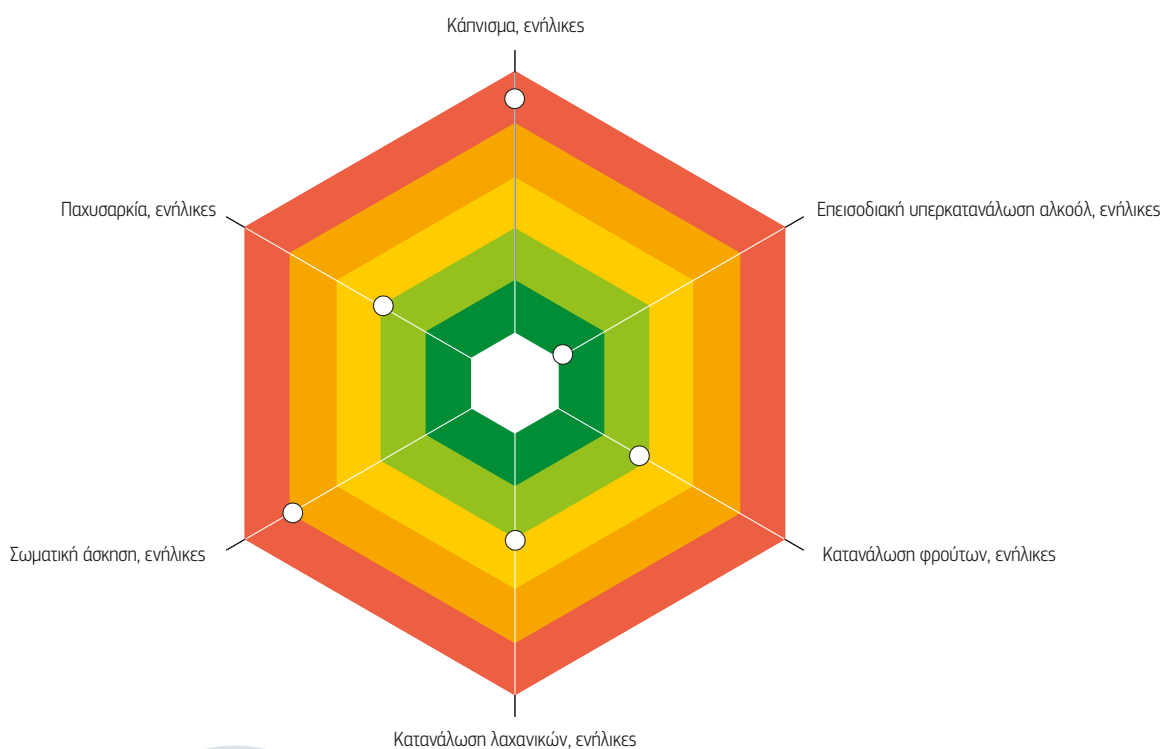
Η μεγάλη αύξηση της παχυσαρκίας στα παιδιά είναι ανησυχητική

Βάσει αυτοαναφερόμενων δεδομένων (τα οποία υποεκτιμούν τον πραγματικό επιπολασμό της παχυσαρκίας), περίπου ένας στους επτά ενήλικες στην Κύπρο ήταν παχύσαρκος το 2014, αναλογία που κινείται στον μέσο όρο της ΕΕ (15 %). Ωστόσο, υπάρχουν μεγάλες διαφορές στα

ποσοστά παχυσαρκίας ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο: τα άτομα με κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση έχουν διπλάσιες πιθανότητες να είναι παχύσαρκα συγκριτικά με τα άτομα πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (18 % έναντι 9 % το 2014). Από σχετική μελέτη προκύπτει ότι το 25 % και πλέον των εφήβων ηλικίας 12 ως 17 ετών στην Κύπρο ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι το 2009–2010 (το πιο πρόσφατο έτος για το οποίο υπάρχουν στοιχεία), βάσει μετρήσεων ύψους και βάρους (στοιχεία που εξασφαλίζουν πιο ακριβή μεγέθη αλλά δεν είναι συγκρίσιμα με τους διαθέσιμους μέσους όρους της ΕΕ) (Savva κ.ά., 2014). Το ποσοστό αυτό αντιστοιχεί σε σημαντική αύξηση σε σχέση με τις προ δεκαετίες εκτιμήσεις. Τα προβλήματα υπερβολικού βάρους και παχυσαρκίας στα παιδιά και τους εφήβους αυξάνουν κατά πολύ τον κίνδυνο ανάλογων προβλημάτων στην ενήλικη ζωή.

Μολοντί σχετικά υψηλό ποσοστό των Κυπρίων ενηλίκων ανέφερε ότι καταναλώνει φρούτα και λαχανικά κάθε μέρα, μικρότερο ποσοστό ανέφερε ότι ασκείται σε τακτική βάση συγκριτικά με άλλες χώρες της ΕΕ.

Σχήμα 5. Το κάπνισμα εξακολουθεί να αποτελεί σημαντικό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία στην Κύπρο



Σημειώσεις: Όσο πιο κοντά στο κέντρο είναι η κουκίδα, τόσο καλύτερες είναι οι επιδόσεις της χώρας συγκριτικά με άλλες χώρες της ΕΕ. Καμία χώρα δεν βρίσκεται στη λευκή «περιοχή στόχο», καθώς υπάρχουν περιθώρια πρόόδου σε όλες τις χώρες, σε όλους τους τομείς. Το σχήμα αυτό δεν απεικονίζει παράγοντες κινδύνου για τα παιδιά επειδή η Κύπρος είναι η μοναδική χώρα που δεν συμμετέχει στην έρευνα σχετικά με την υγιεινολογική συμπεριφορά παιδιών σχολικής ηλικίας (HBSC).

Πηγή: Υπολογισμοί του ΟΟΣΑ βάσει δεδομένων της Eurostat (έρευνα EHIS το 2014 ή περί το 2014), στατιστικές του ΟΟΣΑ για την υγεία. (Σχεδίαση διαγράμματος: Laboratorio MeS).

4. Ως επεισοδιακή υπερκατανάλωση αλκοόλ ορίζεται η κατανάλωση έξι και πλέον αλκοολούχων ποτών τη φορά, τουλάχιστον μία φορά το μήνα κατά το προηγούμενο έτος.

4 Το σύστημα υγείας

Ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας λειτουργούν ανεξάρτητα ο ένας από τον άλλο

Το σύστημα υγείας στην Κύπρο αποτελείται από δύο παρόμοιου μεγέθους τομείς, τον δημόσιο και τον ιδιωτικό. Όλες σχεδόν οι εκφάνσεις του δημόσιου συστήματος —προγραμματισμός, οργάνωση, διοίκηση και νομοθέτηση— χαρακτηρίζονται από μεγάλο βαθμό συγκέντρωσης, ενώ ο ιδιωτικός τομέας είναι κατακερματισμένος.

Επί του παρόντος δεν υπάρχει διαχωρισμός αγοραστή–παρόχου στον δημόσιο τομέα, καθώς οι εγκαταστάσεις χρηματοδοτούνται απευθείας από το Υπουργείο Υγείας και οι πάροχοι είναι έμμισθοι δημόσιοι υπάλληλοι. Βάσει του προτεινόμενου νέου εθνικού συστήματος υγείας (βλ. πλαίσιο 1), θα υπάρχει ένας αγοραστής (ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας), ένας αυτόνομος δημόσιος πάροχος και αρκετοί ιδιωτικοί πάροχοι, οι οποίοι θα έχουν τη δυνατότητα να συνάπτουν συμβάσεις με τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας. Σχέσεις αγοραστή–παρόχου μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υπάρχουν και στο υφιστάμενο σύστημα σε περιορισμένη όμως βάση, στο πλαίσιο των οποίων ο πρώτος αγοράζει υπηρεσίες, από ιδιώτες παρόχους τις οποίες πληρώνει κατά πράξη.

Το επίπεδο των δαπανών υγείας της Κύπρου είναι από τα χαμηλότερα στην ΕΕ

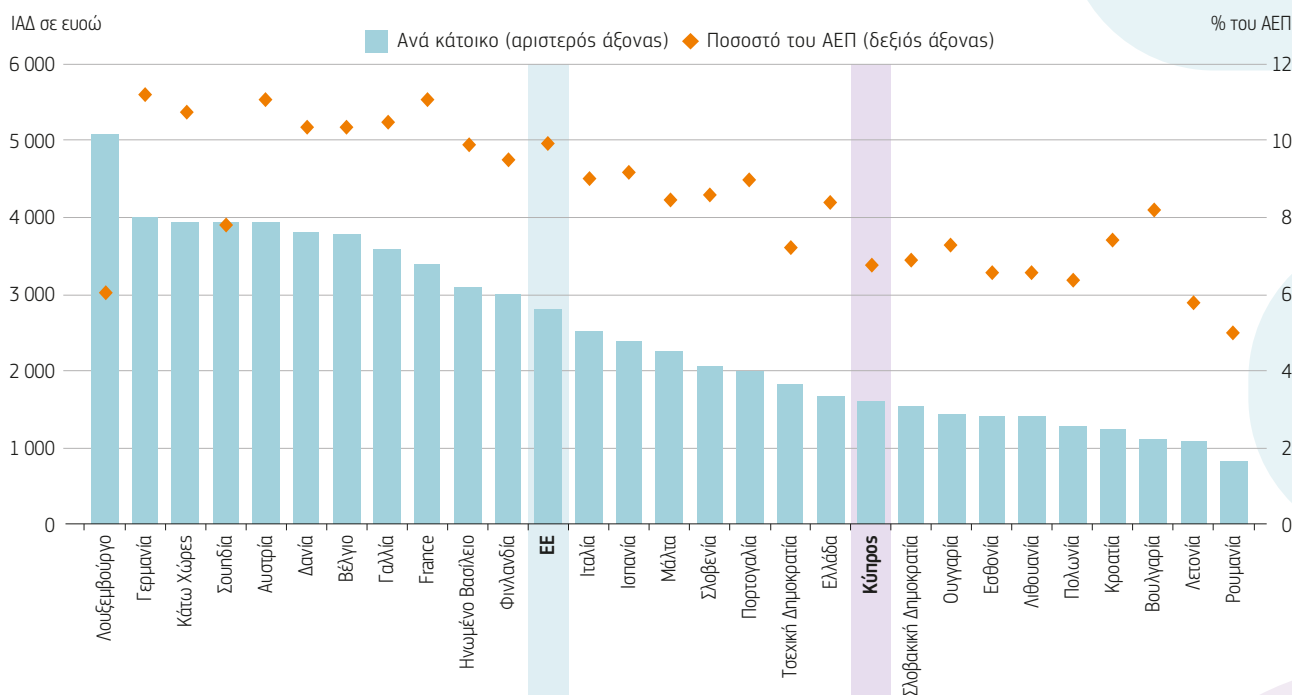
Γενικά, οι συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ αυξήθηκαν ή παρέμειναν σταθερές από το 2004, στοιχείο, ωστόσο, που δεν

ΠΛΑΙΣΙΟ 1. ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΠΡΟΟΔΟΥ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΝΕΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Φωνές υπέρ της ριζικής μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας ώστε να διασφαλίζεται καθολική κάλυψη φροντίδας ακούγονταν ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 1990. Παρά το ότι ο σχετικός νόμος για το νέο εθνικό σύστημα υγείας ψηφίστηκε από τη Βουλή των Αντιπροσώπων το 2001 και παρά την σύσταση και λειτουργία του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας, ο οποίος επιφορτίστηκε με τη διοίκηση του νέου συστήματος, η πλήρης υλοποίηση του νόμου καθυστερεί διαρκώς λόγω, μεταξύ άλλων, αβεβαιότητας όσον αφορά το κόστος, τα ποσοστά εισφορών, την οικονομική και διοικητική αυτοτέλεια των δημόσιων νοσοκομείων και την εμπλοκή ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών. Τα κόμματα του Κοινοβουλίου και ο Πρόεδρος κατέληξαν εν τέλει σε συμφωνία επί του προγράμματος και του χρονοδιαγράμματος των μεταρρυθμίσεων τον Ιούλιο του 2016 και έναν χρόνο αργότερα ακολούθησε η κοινοβουλευτική έγκριση. Η υλοποίηση του νέου συστήματος υγείας αναμένεται να ολοκληρωθεί πλήρως το 2020.

Στόχος των μεταρρυθμίσεων είναι η δημιουργία ενός αυτόνομου οργανισμού υγείας, η αναδιάρθρωση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η εγκαθίδρυση ενός εθνικού συστήματος υγείας, στο πλαίσιο του οποίου ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας θα είναι ο μοναδικός αγοραστής.

Σχήμα 6. Οι συνολικές δαπάνες υγείας ανέρχονται σε λιγότερο από τα δύο τρίτα του μέσου όρου της ΕΕ



Πηγές: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την υγεία, βάση δεδομένων της Eurostat, βάση δεδομένων του ΠΟΥ για τις δαπάνες υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο (τα στοιχεία αφορούν το 2015).

αποτυπώνει τη σημαντική μείωση του ΑΕΠ κατά τη διάρκεια της χρηματοπιστωτικής κρίσης, η οποία συνοδεύτηκε και από συγκριτικά μικρότερη μείωση των δαπανών υγείας. Το 2015 οι συνολικές δαπάνες υγείας ανά κάτοικο ήταν 1592 EUR ετησίως (μετά από προσαρμογή για να ληφθούν υπόψη οι διαφορές στην αγοραστική αξία), κινούμενες σε επίπεδα χαμηλότερα από εκείνα προ της χρηματοπιστωτικής κρίσης και αρκετά χαμηλότερα από τον μέσο όρο της ΕΕ (σχήμα 6).

Το υφιστάμενο δημόσιο σύστημα χρηματοδοτείται μέσω της γενικής φορολογίας, αλλά δεν προσφέρει καθολική κάλυψη. Οι δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας που ανήλθαν σε 42,6 % το 2015 ήταν οι χαμηλότερες στην ΕΕ. Από την έναρξη της στην ΕΕ το 2004, η Κύπρος διαθέτει κάθε έτος μικρότερο ποσοστό του κρατικού προϋπολογισμού για την υγεία (7,1 % των συνολικών δημόσιων δαπανών το 2015) από κάθε άλλο κράτος μέλος της ΕΕ (σχήμα 7).

Η πλειονότητα των ιατρών εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα

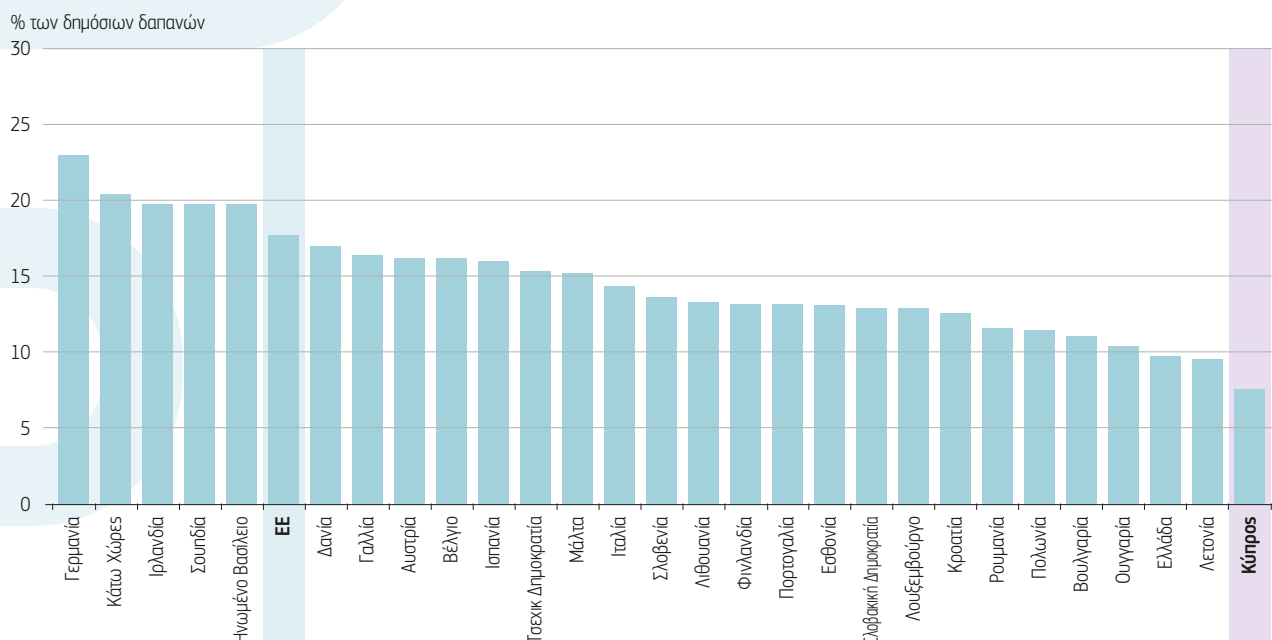
Οι υπηρεσίες υγείας στο δημόσιο σύστημα παρέχονται από έξι νοσοκομεία, τρία εξειδικευμένα κέντρα, δύο μικρά αγροτικά νοσοκομεία και 39 κέντρα υγείας, καθώς και πολλά υπο-κέντρα για παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ο ιδιωτικός τομέας

περιλαμβάνει νοσοκομεία, πολυκλινικές και διαγνωστικά κέντρα, όλα κερδοσκοπικού χαρακτήρα, και ανεξάρτητους επαγγελματίες. Συνολικά, το 2015 υπήρχαν 342 νοσοκομειακές κλίνες ανά 100 000 κατοίκους, αναλογία που από το 2010 έχει σημειώσει οριακή μόνο μείωση.

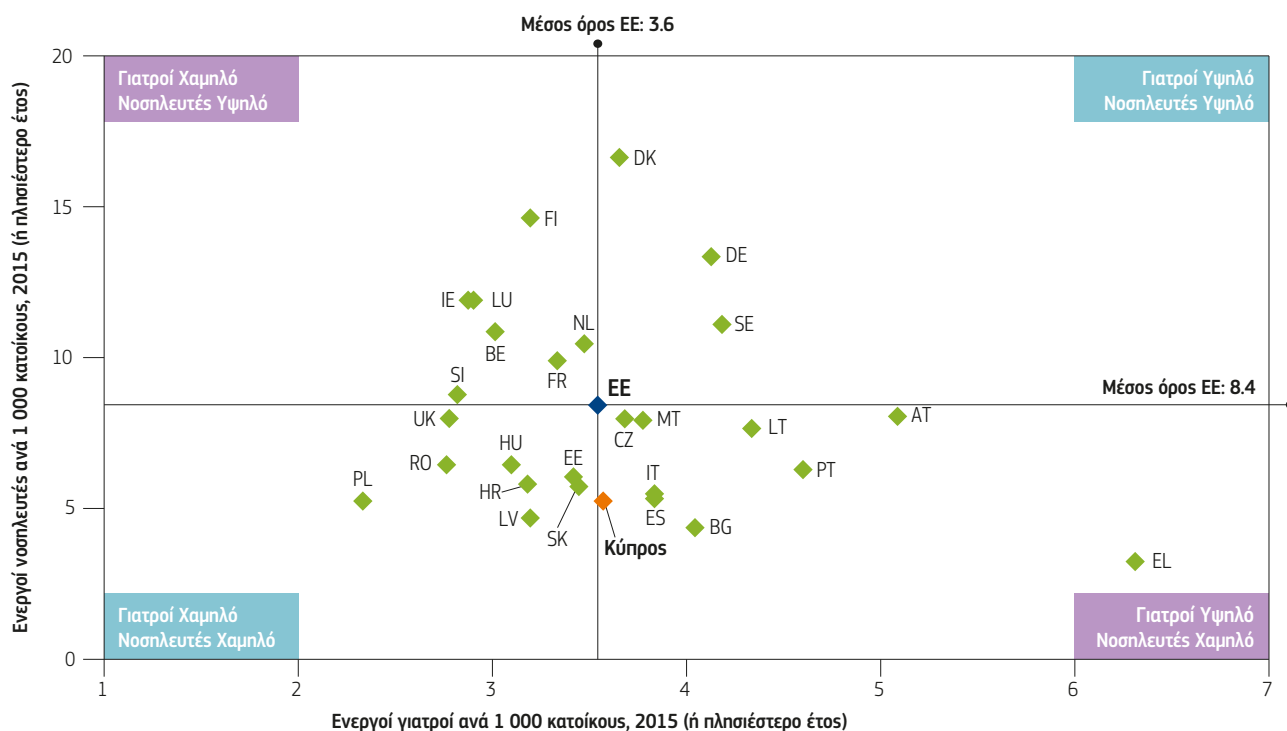
Στην Κύπρο δεν γίνεται πρόβλεψη ή προγραμματισμός όσον αφορά το υγειονομικό δυναμικό. Η πλειονότητα των ιατρών, των οδοντιάτρων και των φαρμακοποιών εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα, ενώ αντίθετα η πλειονότητα των νοσηλευτών απασχολείται στον δημόσιο τομέα. Ο αριθμός των ιατρών αυξάνεται κάθε έτος από το 2006, και το 2015 υπήρχαν 3,6 ιατροί για κάθε 1000 κατοίκους, αναλογία που συμπίπτει με τον μέσο όρο της ΕΕ (σχήμα 8). Η προσφορά ιατρών και φαρμακοποιών αναμένεται να αυξηθεί δεδομένου ότι τα πανεπιστήμια της χώρας ξεκίνησαν πρόσφατα να προσφέρουν τα πρώτα τους προγράμματα σπουδών ιατρικής και φαρμακευτικής.

Πρόσφατα επίσης αυξήθηκε ο αριθμός των πτυχιούχων νοσηλευτών λόγω της προσφοράς νέων προγραμμάτων σπουδών νοσηλευτικής σε τέσσερα πανεπιστήμια της χώρας. Παρ' όλ' αυτά, το 2015 ο αριθμός των νοσηλευτών ανά 1000 κατοίκους (5,2) ήταν ακόμη αρκετά χαμηλότερος από τον μέσο όρο της ΕΕ και η αναλογία 1,5 νοσηλευτών για κάθε ιατρό ήταν μεταξύ των χαμηλότερων στην ΕΕ.

Σχήμα 7. Η Κύπρος διαθέτει το μικρότερο ποσοστό των δημόσιων δαπανών της για την υγεία από κάθε άλλο κράτος μέλος της ΕΕ



Πηγές: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την υγεία, βάση δεδομένων της Eurostat, βάση δεδομένων του ΠΟΥ για τις δαπάνες υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο (τα στοιχεία αφορούν το 2015).

Σχήμα 8. Ο αριθμός των ιατρών συμπίπτει με τον μέσο όρο της ΕΕ αλλά υπάρχει έλλειψη νοσηλευτών

Σημείωση: Στην Πορτογαλία και την Ελλάδα τα στοιχεία αναφέρονται σε όλους τους ιατρούς που έχουν άδεια άσκησης επαγγέλματος, με αποτέλεσμα να υπάρχει σημαντική υπερεκτίμηση του αριθμού των ιατρών που ασκούν το επάγγελμά τους (περίπου 30 % στην Πορτογαλία). Στην Αυστρία και την Ελλάδα ο αριθμός των νοσηλευτών είναι υποεκτιμημένος καθώς περιλαμβάνει μόνο όσους εργάζονται σε νοσοκομεία.

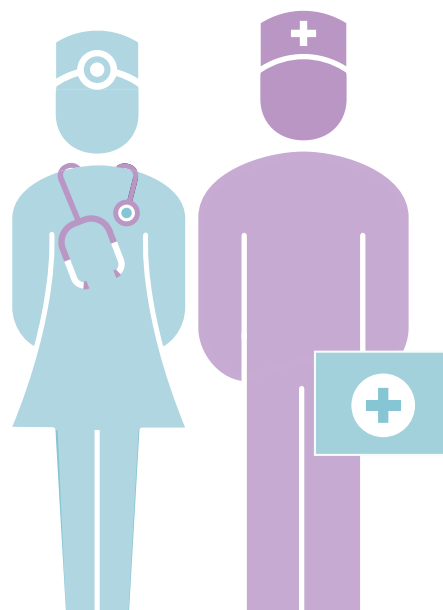
Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat.

Ο κατακερματισμός και το αδύναμο σύστημα ρύθμισης των παραπομπών έχουν ως αποτέλεσμα τον ανεπαρκή συντονισμό της φροντίδας υγείας

Το δημόσιο σύστημα έχει ευρύ δίκτυο παρόχων που προσφέρουν όλα τα επίπεδα φροντίδας υγείας, ενώ ο ιδιωτικός τομέας προσφέρει ως επί το πλείστον εξωνοσοκομειακή φροντίδα και διαγνωστικές υπηρεσίες. Δευτεροβάθμια αλλά και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχει και ο ιδιωτικός τομέας. Η συνεργασία και η επικοινωνία δημόσιου-ιδιωτικού τομέα είναι περιορισμένη, σε βαθμό που ακόμη και τα δεδομένα (π.χ. σχετικά με τη χρήση, το κόστος και την ποιότητα) από τον ιδιωτικό τομέα είναι λιγοστά και αναξιόπιστα.

Οι δημόσιες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παρέχονται σε κέντρα υγείας αλλά και σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων. Δεν υπάρχει θεσμοθετημένος μηχανισμός ρύθμισης των παραπομπών από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε εξειδικευμένη φροντίδα, παρά μόνο για ορισμένες ειδικότητες. Πολλά άτομα στρέφονται σε ιδιωτικούς παρόχους για εξειδικευμένη φροντίδα λόγω του μεγάλου χρόνου αναμονής στα δημόσια νοσοκομεία. Ο μεγάλος χρόνος αναμονής για συγκεκριμένες υπηρεσίες, ιδίως για κάποιες χειρουργικές επεμβάσεις και διαγνωστικές υπηρεσίες υψηλού κόστους, αποτελεί ενδημικό πρόβλημα του δημόσιου συστήματος επί πολλά έτη (βλ. επίσης ενότητα 5.2).

Ο κατακερματισμός του συστήματος υγείας και η έλλειψη ολοκληρωμένου συστήματος ηλεκτρονικών ιατρικών αρχείων συντείνουν στον ανεπαρκή συντονισμό μεταξύ των παρόχων τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Υπάρχει επίσης ασυνέπεια στη χρήση των κατευθυντήριων οδηγιών διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων, καθώς και των κλινικών προτύπων περίθαλψης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.



5 Αποδοτικότητα του συστήματος υγείας

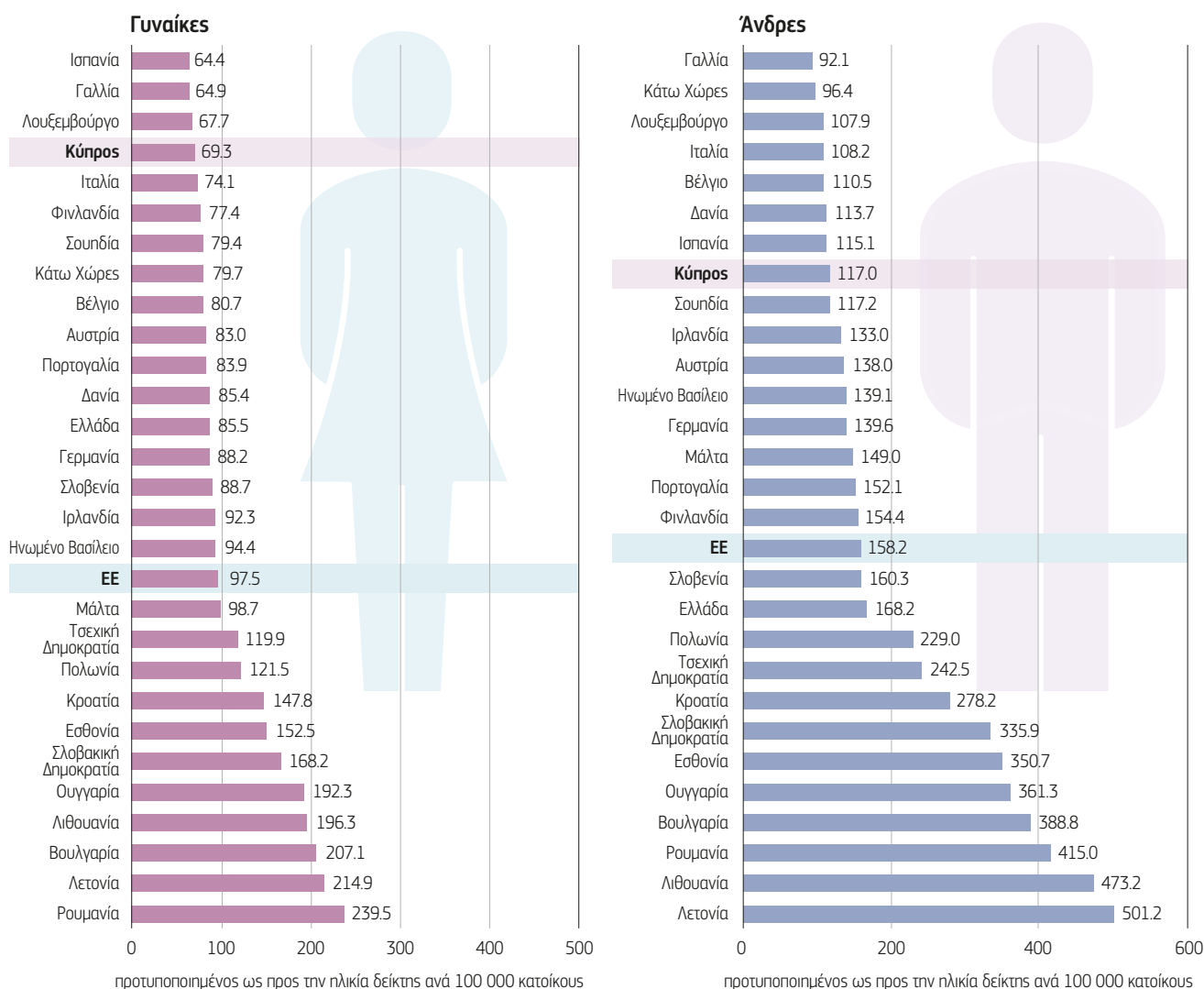
5.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η χαμηλή επίπτωση κάποιων ιάσιμων νόσων συμβάλλει στην καλή επίδοση του δείκτη αποτρεπτής θνησιμότητας

Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας στην Κύπρο είναι δυσχερής λόγω της περιορισμένης διαθεσιμότητας δεδομένων. Υπάρχει γενικότερη έλλειψη δεδομένων για την ποιότητα και παντελής ουσιαστικά έλλειψη δεδομένων από τον ιδιωτικό τομέα. Ο δείκτης αποτρεπτής θνησιμότητας της Κύπρου είναι σταθερά μεταξύ των χαμηλότερων στην ΕΕ τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες

(σχήμα 9). Καταλυτικό ρόλο στα χαμηλά επίπεδα του δείκτη παίζουν τα χαμηλά ποσοστά θνησιμότητας λόγω καρδιαγγειακών νοσημάτων, τα οποία, παρά το γεγονός ότι αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου στην Κύπρο, είναι από τα χαμηλότερα στην ΕΕ. Το γεγονός ότι ο δείκτης αποτρεπτής θνησιμότητας είναι σταθερά χαμηλός οφείλεται εν μέρει στις ευνοϊκές συνθήκες σε επίπεδο περιβάλλοντος και διαβίωσης, στην παραδοσιακά υγιεινή διατροφή και στη χαμηλή κατανάλωση αλκοόλ, αν και το υψηλό ποσοστό καπνίσματος και τα αυξανόμενα ποσοστά υπερβολικού βάρους και παχυσαρκίας στους εφήβους (βλ. ενότητα 3) ενδέχεται να αποτελούν προάγγελο μελλοντικών αλλαγών.

Σχήμα 9. Ο δείκτης αποτρεπτής θνησιμότητας είναι από τους χαμηλότερους στην ΕΕ



Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat (τα στοιχεία αφορούν το 2014).

Η θνησιμότητα λόγω καρκίνου είναι γενικά χαμηλή, παράλληλα όμως είναι μικρός και ο αριθμός των διαγνωσμένων περιπτώσεων

Ο δείκτης θνησιμότητας λόγω καρκίνου στην Κύπρο είναι από τους χαμηλότερους στην ΕΕ (2 περιπτώσεις ανά 1000 κατοίκους προτυπωμένους κατά ηλικία το 2014). Από στοιχεία του προγράμματος CONCORD προκύπτει ότι το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης αυξήθηκε σταθερά μεταξύ 2000–2004 και 2010–2014 για κάποιες μορφές καρκίνου και παρέμεινε υψηλό για τον καρκίνο του μαστού, του παχέος εντέρου και του τραχήλου της μήτρας. Ένας από τους λόγους στους οποίους οφείλεται η χαμηλή θνησιμότητα λόγω καρκίνου είναι γιατί η επίπτωση του καρκίνου στην Κύπρο είναι ανέκαθεν χαμηλή. Από πιο πρόσφατα στοιχεία της βάσης δεδομένων GLOBOCAN προκύπτουν αυξήσεις στα ποσοστά επίπτωσης για τον καρκίνο του παχέος εντέρου, του μαστού και του προστάτη, σε σχέση, ωστόσο, με πολύ χαμηλά ποσοστά αναφοράς. Κάποιες από αυτές τις αυξήσεις μπορεί να οφείλονται στην εντατικοποίηση των προσπαθειών εύρεσης περιπτώσεων στο εθνικό μητρώο καρκίνου, στη γήρανση του πληθυσμού και στη βελτίωση της διαγνωστικής (δηλ. καθιέρωση νέου ιατρικού εξοπλισμού, νέες ιατρικές γνώσεις και αύξηση των διαγνωστικών εξετάσεων).

Η επέκταση του προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου ενέχει δυσκολίες

Επί του παρόντος υλοποιούνται δύο προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου. Στο πλαίσιο του εθνικού προγράμματος ελέγχου του μαστού διενεργούνται δωρεάν μαστογραφίες σε γυναίκες ηλικίας 50 έως 69 ετών ανά διετία. Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν χαμηλό και ανήλθε σε μόλις 42,4 % το 2016. Το πρόγραμμα για την έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου του παχέος εντέρου για άτομα ηλικίας 50 έως 69 ετών ξεκίνησε πιλοτικά το 2013 σε μία επαρχία, υπάρχουν ωστόσο σχέδια για την επέκτασή του σε εθνικό επίπεδο. Σύμφωνα με στοιχεία της έρευνας EHIS, περισσότερο από το 90 % των ατόμων ηλικίας 50–74 ετών στην Κύπρο δεν έχει υποβληθεί ποτέ σε προσυμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο του παχέος εντέρου. Το ποσοστό αυτό είναι πολύ υψηλότερο σε σχέση με πολλά άλλα κράτη μέλη της ΕΕ.

Οι θάνατοι που προλαμβάνονται μέσω πολιτικών για τη δημόσια υγεία είναι λίγοι, με την εξαίρεση του διαβήτη

Από την άποψη των αιτιών θανάτου που μπορούν να προληφθούν, το 2013 οι δείκτες θνησιμότητας που σχετίζονται με το αλκοόλ (εξαιρουμένων των εξωτερικών αιτιών τραυματισμού) στην Κύπρο ήταν οι χαμηλότεροι στην ΕΕ τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Αυτό αποτελεί μία ακόμη ένδειξη της σχετικά χαμηλής κατανάλωσης αλκοόλ συγκριτικά με την υπόλοιπη ΕΕ (βλ. ενότητα 3). Οι θάνατοι λόγω ατυχημάτων στις μεταφορές έχουν επίσης ελαττωθεί την τελευταία δεκαετία. Αντίθετα, η θνησιμότητα λόγω διαβήτη, η οποία είναι σε μεγάλο βαθμό αποτρεπτή, ήταν υπερτριπλάσια σε σχέση με τον μέσο της ΕΕ το 2014. Παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα πριν από το 2004, δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις πτωτικής τάσης.

Αν και είναι δύσκολο να συσχετιστούν άμεσα οι δείκτες υγείας με το σύστημα υγείας, στη δημόσια υγεία έχουν σημειωθεί κάποια σημαντικά επιτεύγματα, παρά το χαμηλό ποσοστό των δαπανών για την πρόληψη και τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Για παράδειγμα, το 2017 η Βουλή των Αντιπροσώπων ενέκρινε έναν αυστηρότερο νόμο για την απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους δημόσιους χώρους, καθώς η προηγούμενη απαγόρευση του καπνίσματος στους εσωτερικούς χώρους δεν εφαρμόστηκε ικανοποιητικά.

Ο παιδικός εμβολιασμός είναι ικανοποιητικός, αλλά το ποσοστό των ατόμων άνω των 65 που κάνουν το εμβόλιο της γρίπης έχει μειωθεί

Η υψηλή εμβολιαστική κάλυψη έχει ως αποτέλεσμα την εξάλειψη του νεογνικού τετάνου, της διφθερίτιδας και της πολιομυελίτιδας, αν και στην πλειονότητά τους οι εμβολιασμοί πραγματοποιούνται από παιδίατρος του ιδιωτικού τομέα που αμείβονται κατά πράξη. Αξίζει να σημειωθεί ότι το 32,4 % των κατοίκων ηλικίας άνω των 65 ετών εμβολιάστηκε κατά της γρίπης το 2014, ποσοστό μειωμένο σε σχέση με το 40 % που καταγράφηκε το 2008, και πολύ χαμηλότερο από τον μέσο όρο των χωρών που διαθέτουν δεδομένα. Επίσης, το πρόγραμμα πρόληψης της θαλασσαιμίας είχε ως αποτέλεσμα να καταγραφούν ελάχιστες νέες περιπτώσεις, μέσω της αύξησης της ευαισθητοποίησης του γενικού πληθυσμού, του προσυμπτωματικού ελέγχου των φορέων, της παροχής γενετικής συμβουλευτικής και του προγεννητικού διαγνωστικού ελέγχου. Η μικροβιακή αντοχή, ειδικότερα, παραμένει σημαντική πρόκληση για το μέλλον, λαμβάνοντας υπόψη τον κατακερματισμό του συστήματος υγείας (πλαίσιο 2).

ΠΛΑΙΣΙΟ 2. ΤΑ ΠΟΣΟΣΤΑ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗΣ ΑΝΤΟΧΗΣ ΕΙΝΑΙ ΑΝΗΣΥΧΗΤΙΚΑ

Η μικροβιακή αντοχή αποτελεί σημαντική απειλή για τη δημόσια υγεία στην Κύπρο. Βάσει δεδομένων επιτήρησης που αναφέρθηκαν στο Ευρωπαϊκό δίκτυο επιτήρησης της μικροβιακής αντοχής (EARS-Net) προκύπτει ότι το 2015 οι βακτηριακές από *Klebsiella pneumoniae* ήταν σε ποσοστό 12,9 % ανθεκτικές στις καρβαπενέμες, μια σημαντική κατηγορία αντιβιοτικών τελευταίας γενιάς για την αντιμετώπιση των βακτηριακών λοιμώξεων. Το ποσοστό αυτό είναι πολύ υψηλότερο από το διάμεσο σε ΕΕ/ΕΟΧ (0,5 %) και το τέταρτο υψηλότερο σε ΕΕ/ΕΟΧ (ECDC, 2017). Η Κύπρος διαθέτει εθνική στρατηγική κατά της μικροβιακής αντοχής από το 2012.

Η έλλειψη δεδομένων για την ποιότητα καθιστά δύσκολη την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας

Η Υπηρεσία Στήριξης Διαρθρωτικών Μεταρρυθμίσεων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής παρείχε πρόσφατα τεχνική βοήθεια στην Κύπρο για την ανάπτυξη κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών και ελέγχων. Εντούτοις, δεν υπάρχουν πολλά δεδομένα για την ποιότητα της περίθαλψης των οξέως πασχόντων στον δημόσιο τομέα και καθόλου δεδομένα από τον ιδιωτικό τομέα, γεγονός που καθιστά δύσκολη την άντληση στέρεων συμπερασμάτων σχετικά με την αποτελεσματικότητα του συστήματος

υγείας. Μπορεί να γίνει καλύτερη μέτρηση τόσο της ποιότητας όσο και της ασφάλειας μέσω της εφαρμογής προγραμμάτων διασφάλισης ποιότητας, που επί του παρόντος δεν υπάρχουν.

5.2. ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ

Το χρηματοδοτούμενο από δημόσιους πόρους σύστημα υγείας δεν παρέχει κάλυψη σε όλους τους Κύπριους

Σε αντίθεση με την πλειονότητα των υπόλοιπων χωρών της ΕΕ, δεν καλύπτεται το σύνολο του πληθυσμού από το χρηματοδοτούμενο από δημόσιους πόρους σύστημα υγείας. Το δικαίωμα σε δωρεάν υπηρεσίες εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το ύψος των ετήσιων εισοδημάτων, ενώ το όριο επιλεξιμότητας διαφοροποιείται ανάλογα με τον αριθμό των εξαρτώμενων μελών. Προβλέπονται επίσης διαφοροποιούμενα κριτήρια επιλεξιμότητας για χρόνιες παθήσεις.

Από το 2013, στο πλαίσιο του προγράμματος οικονομικής προσαρμογής της Κύπρου, το δικαίωμα σε δημόσιες υπηρεσίες περιορίζεται στα άτομα με ιθαγένεια της Κύπρου ή της Ένωσης που διαμένουν μόνιμα στην Κύπρο τα οποία έχουν καταβάλει εισφορές στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης για τουλάχιστον 3 έτη και έχουν υποβάλει φορολογική δήλωση ως φυσικά πρόσωπα. Επίσης, οι δημόσιοι υπάλληλοι καταβάλλουν υποχρεωτική συνεισφορά ύψους 1,5 % επί των ακαθάριστων απολαβών τους προκειμένου να έχουν δικαίωμα σε δωρεάν υπηρεσίες, ενώ οι οικογένειες με τρία ή περισσότερα τέκνα (που έως πρότινος είχαν δικαίωμα σε δωρεάν πρόσβαση) οφείλουν να καταβάλλουν συνεισφορά για να διατηρήσουν την κάλυψη. Κάποια άτομα σχετικά χαμηλού εισοδήματος που ήταν έως πρότινος δικαιούχοι για περίθαλψη σε μειωμένες τιμές (γνωστοί ως «δικαιούχοι Β») δεν καλύπτονται πλέον από το δημόσιο σύστημα.

Αν και δεν υπάρχουν ακριβείς αριθμοί, περίπου το 25 % του πληθυσμού δεν καλύπτεται από το δημόσιο σύστημα —το υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ. Οι εν λόγω μη δικαιούχοι μπορούν να έχουν πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες καταβάλλοντας τα τέλη που καθορίζει το Υπουργείο Υγείας, κάτι που ωστόσο δεν είναι σύνθετο αφού οι περισσότεροι από αυτούς επισκέπτονται τον ιδιωτικό τομέα. Το Υπουργείο Υγείας, για να εξασφαλίσει την προστασία της πρόσβασης στην περίθαλψη για ευάλωτες ομάδες, όπως οι παράτυποι μετανάστες και οι αιτούντες άσυλο, εξέδωσε επίσημη οδηγία το 2011 που κατοχυρώνει την πρόσβαση σε δωρεάν περίθαλψη. Οι περισσότεροι μετανάστες που ζουν και εργάζονται νόμιμα στην Κύπρο είναι υποχρεωμένοι από το νόμο να έχουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

Λαμβανομένου υπόψη του επιπέδου πληθυσμιακής κάλυψης, η αυτοαναφερόμενη ανικανοποίητη ανάγκη φροντίδας υγείας είναι σχετικά χαμηλή. Ωστόσο υπάρχουν σημαντικές ανισότητες με βάση το εισόδημα: το 7,7 % των νοικοκυριών στο πεμπτημόριο με το χαμηλότερο εισόδημα ανέφερε ανικανοποίητη ανάγκη ιατρικής εξέτασης το 2014 —ένα αξιοσημείωτο στοιχείο δεδομένου ότι το πεμπτημόριο αυτό καλύπτεται αναμφίβολα από το δημόσιο σύστημα⁵.

Η δέσμη των δημόσιων παροχών είναι πλήρης

Ο καθορισμός της δέσμης των δημόσιων παροχών είναι αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας. Η δέσμη των δημόσιων παροχών είναι πλήρης. Οι μόνες υπηρεσίες που εξαιρούνται ρητά είναι κάποιες οδοντιατρικές υπηρεσίες, όπως οι ορθοδοντικές εργασίες για άτομα άνω των 18 ετών και οι ακίνητες προσθετικές εργασίες. Όταν μια υπηρεσία είτε δεν παρέχεται από τον δημόσιο τομέα είτε υπάρχει μεγάλη λίστα αναμονής, το Υπουργείο Υγείας συνήθως επιδοτεί την περίθαλψη σε δικαιούχους είτε από τον ιδιωτικό τομέα είτε στο εξωτερικό σε σπάνιες περιπτώσεις. Το δικαίωμα για τις επιδοτήσεις αυτές βασίζεται στις οικονομικές και ιατρικές ανάγκες κάθε ατόμου. Οι εισηγήσεις για συμπερίληψη μιας υπηρεσίας στη δέσμη παροχών υποβάλλονται από το αρμόδιο τμήμα στο Υπουργείο Υγείας και η τελική απόφαση λαμβάνεται από τον Υπουργό Υγείας. Σε ορισμένες περιπτώσεις απαιτείται η έγκριση και του Υπουργού Οικονομικών ή ακόμη και του Υπουργικού Συμβουλίου.

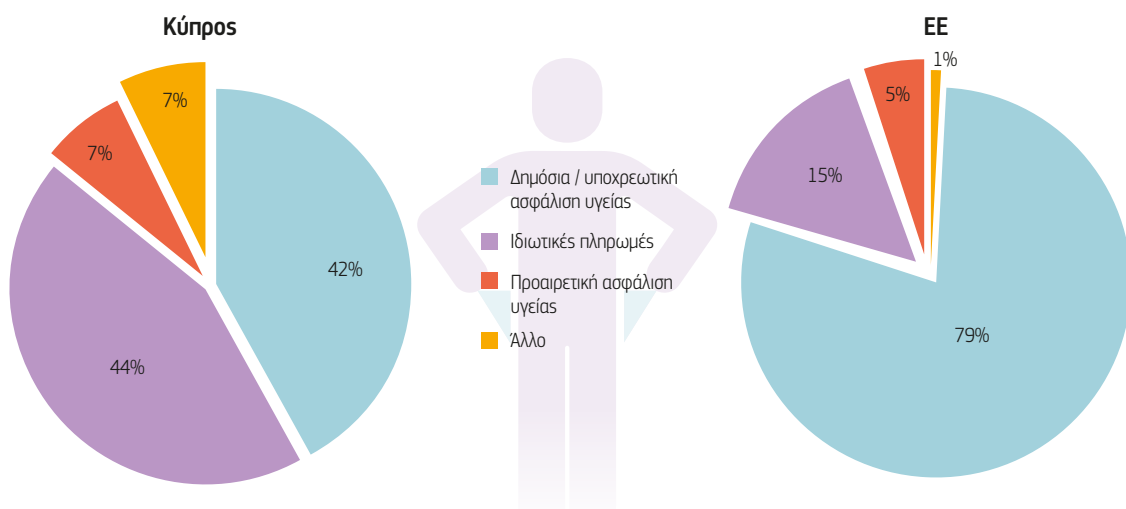
Η συμμετοχή των ασθενών για τη χρήση υπηρεσιών του δημόσιου τομέα είναι σχετικά χαμηλή αλλά το ήμισυ των δαπανών υγείας είναι ιδιωτικές πληρωμές

Πριν από το 2013 η συμμετοχή στο κόστος για τους δικαιούχους του δημόσιου τομέα ήταν ελάχιστη και προβλεπόταν μια σειρά από εξαιρέσεις. Έκτοτε, ωστόσο, το ύψος της συμμετοχής των ασθενών αυξήθηκε και επιβλήθηκαν νέα τέλη. Η παροχή των δημόσιων υπηρεσιών πλέον προϋποθέτει κατά κανόνα κάποιο είδος άμεσης πληρωμής για τον δικαιούχο-ασθενή, ενώ οι μη δικαιούχοι καταβάλλουν ολόκληρο το τίμημα των παρεχόμενων υπηρεσιών, με την εξαίρεση των επισκέψεων σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, όπου τόσο οι δικαιούχοι όσο και οι μη δικαιούχοι πληρώνουν 10 EUR ανά επίσκεψη.

Οι δικαιούχοι πληρώνουν 3 EUR για επίσκεψη σε γενικό ιατρό και 6 EUR για επίσκεψη σε ειδικό ιατρό. Οι δικαιούχοι δημόσιας βοήθειας εξαιρούνται από τη συμμετοχή για την παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης και την επίσκεψη σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, ενώ οι στρατιώτες που υπηρετούν τη θητεία τους και κάποια άτομα με αναπηρίες επίσης δεν πληρώνουν τη συμμετοχή για την επίσκεψη σε τμήματα επειγόντων περιστατικών (Theodorou, 2014). Οι μη δικαιούχοι δεν επιβαρύνονται με υπερβολικά τέλη εάν επιλέξουν να προσφύγουν στον δημόσιο τομέα. Για παράδειγμα, για την παροχή υπηρεσιών ενδοσκοπομεικής περίθαλψης, προβλέπεται για τους μη δικαιούχους ετήσιο όριο, το ύψος του οποίου εξαρτάται από το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα.

Παρά τη χαμηλή συμμετοχή, οι περιορισμένες δυνατότητες του δημόσιου τομέα έχουν ως αποτέλεσμα μακρές λίστες αναμονής, που συμβάλλουν στα υψηλά επίπεδα άμεσων ιδιωτικών δαπανών, καθώς οι ασθενείς στρέφονται για περίθαλψη στον ιδιωτικό τομέα. Το 2015, 44 % των συνολικών δαπανών υγείας ήταν άμεσες ιδιωτικές δαπάνες, το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό στην ΕΕ (σχήμα 10). Παρόλο που στην πλειονότητα των υπόλοιπων κρατών μελών της ΕΕ, οι περισσότερες άμεσες ιδιωτικές δαπάνες αφορούν φαρμακευτική περίθαλψη, στην Κύπρο οι περισσότερες από τις δαπάνες αυτές αφορούν ιατρική περίθαλψη και αποκατάσταση (60 % το 2015). Τα φαρμακευτικά προϊόντα αντιπροσώπευαν μόλις το ένα τέταρτο των ιδιωτικών δαπανών.

5. Στο πλαίσιο της EU-SILC του 2015, το ερώτημα σχετικά με την ανικανοποίητη ανάγκη τροποποιήθηκε στην περίπτωση της Κύπρου κι έτσι δεν είναι συγκρίσιμο με παλαιότερα έτη. Για τον λόγο αυτό, εδώ γίνεται αναφορά μόνο στα στοιχεία του 2014.

Σχήμα 10. Η Κύπρος έχει το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό ιδιωτικών πληρωμών στην ΕΕ

Πηγές: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την υγεία, βάση δεδομένων της Eurostat (τα στοιχεία αφορούν το 2015).

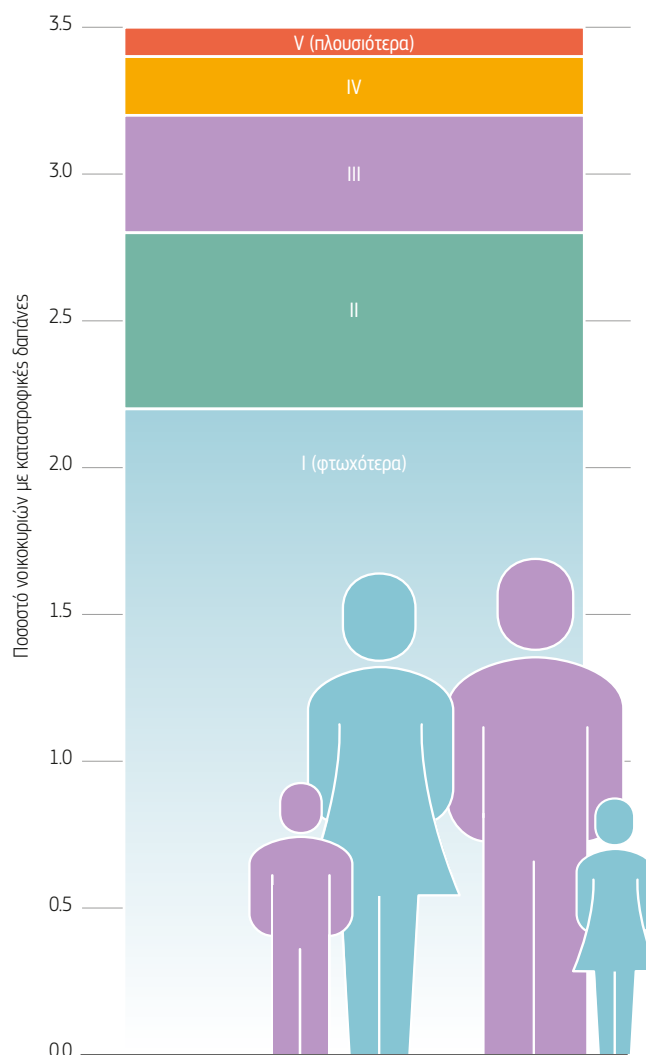
Ο πλήρης αντίκτυπος της κρίσης στην οικονομική προστασία του συστήματος δεν έχει ακόμα γίνει αισθητός

Παρά τον μεγάλο βαθμό εξάρτησης του συστήματος από τις ιδιωτικές δαπάνες δεν έχει οδηγήσει ως τώρα σε φτωχή οικονομική προστασία, με βάση τα δεδομένα για την επίπτωση των καταστροφικών δαπανών. Το 2009 (το τελευταίο διαθέσιμο έτος), παρόλο που οι άμεσες ιδιωτικές δαπάνες αντιπροσώπευαν περίπου το 50%, το ύψος των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών ήταν καταστροφικό μόλις για το 3,5 % των νοικοκυριών σύμφωνα με τη μεθοδολογία της ΠΟΥ Ευρώπης για τη μέτρηση της οικονομικής προστασίας⁶. Το ήμισυ και πλέον των εν λόγω νοικοκυριών με καταστροφικές δαπάνες βρίσκονταν στο πεμπτημόριο με το χαμηλότερο εισόδημα (σχήμα 11).

Αυτό το σχετικά χαμηλό ποσοστό οφείλεται κατά πάσα πιθανότητα στο γεγονός ότι το 2009 πολλά από τα πλέον οικονομικά ευάλωτα νοικοκυριά είχαν υψηλό βαθμό προστασίας εντός του δημόσιου συστήματος. Ωστόσο, δεν έχει ακόμα διαπιστωθεί αν αυτό συνέχισε να ισχύει μετά την κρίση αλλά και την αλλαγή που επήλθε το 2013 ως προς τη συμμετοχή των ασθενών, δεδομένου ότι δεν έχουν δημοσιοποιηθεί ακόμη πιο πρόσφατα στοιχεία για τα νοικοκυριά. Ως ένδειξη αυξανόμενων οικονομικών εμποδίων στην πρόσβαση σε περίθαλψη εν καιρώ κρίσης, το 7,5 % του φτωχότερου πεμπτημορίου ανέφερε το 2014 ανικανοποίητη ανάγκη ειδικά λόγω κόστους, που αποτελεί το υψηλότερο ποσοστό από το 2007 (8,7 %).

Η κατανομή των επαγγελματιών υγείας και της ιατρικής τεχνολογίας μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα δεν είναι ικανοποιητική

Κάποιοι φραγμοί στην πρόσβαση σχετίζονται με το μείγμα δεξιοτήτων καθώς και την κατανομή των επαγγελματιών υγείας και της ιατρικής τεχνολογίας μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα. Για

Σχήμα 11. Οι καταστροφικές δαπάνες είναι χαμηλές, αλλά τα φτωχά νοικοκυριά διατρέχουν τον υψηλότερο κίνδυνο στην Κύπρο

Πηγή: Ευρωπαϊκό περιφερειακό γραφείο του ΠΟΥ (τα στοιχεία αφορούν το 2009).

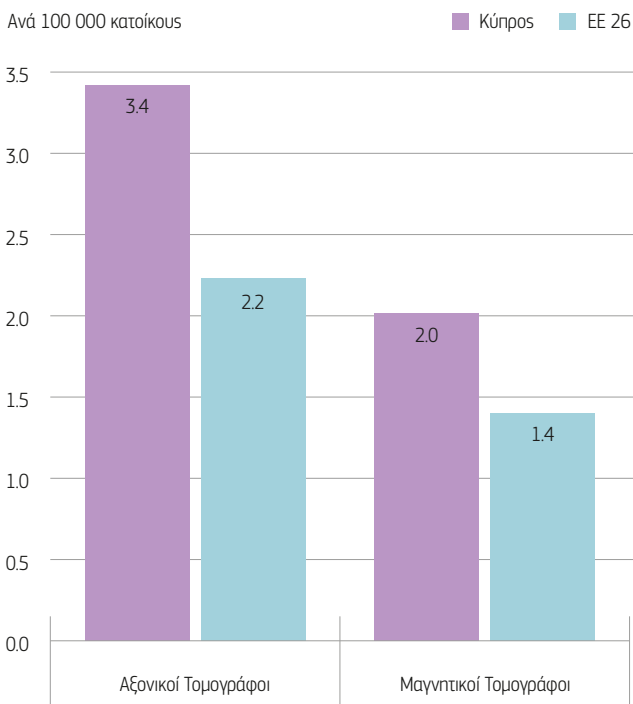
6. Ως καταστροφικές δαπάνες ορίζονται οι άμεσες δαπάνες των νοικοκυριών που υπερβαίνουν το 40 % των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών αφαιρουμένων των αναγκών διαβίωσης (τροφή, στέγαση και υπηρεσίες κοινής ωφέλειας).

παράδειγμα, ο αριθμός των ενεργών ιατρών έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια, στην πλειονότητά τους όμως απασχολούνται στον ιδιωτικό τομέα. Οι νέοι ιατροί που αποφοιτούν από τις σχολές επιλέγουν στην πλειονότητά τους να σταδιοδρομήσουν σε ειδικότητες εκτός πρωτοβάθμιας φροντίδας, στοιχείο που συμβάλλει στον χαμηλό αριθμό γενικών ιατρών (Samoutis, Samoutis και Tedeschi, 2010). Επί του παρόντος δεν υπάρχει εθνικός προγραμματισμός όσον αφορά τους επαγγελματίες υγείας (βλ. ενότητα 4).

Υπάρχει επίσης υψηλή πυκνότητα ιατρικής τεχνολογίας υψηλού κόστους, που σε μεγάλο βαθμό δεν αξιοποιείται επαρκώς. Για παράδειγμα, η Κύπρος διαθέτει πολύ υψηλό αριθμό αξονικών (1 για κάθε 30 000 κατοίκους) και μαγνητικών (1 για κάθε 50 000 κατοίκους) τομογράφων συγκριτικά με άλλα κράτη μέλη της ΕΕ, (σχήμα 12), οι οποίοι στην πλειονότητά τους είναι συγκεντρωμένοι στον ιδιωτικό τομέα και, ως εκ τούτου, δεν είναι προσβάσιμοι για τους ασθενείς του δημόσιου συστήματος. Ο δημόσιος τομέας διαθέτει μόνο έναν μαγνητικό τομογράφο έναντι 17 στον ιδιωτικό τομέα, και οι λίστες αναμονής για μαγνητική τομογραφία στον δημόσιο τομέα είναι μακρές.

Γενικά, ο χρόνος αναμονής αποτελεί σημαντικό πρόβλημα λόγω της περιορισμένης δυνατότητας του δημόσιου τομέα, και σημαντικό λόγο για τον οποίο πολλοί δικαιούχοι του δημόσιου τομέα στρέφονται για περίθαλψη στον ιδιωτικό τομέα. Οι αναφερόμενες ανικανοποίητες ανάγκες λόγω του χρόνου αναμονής είναι σχετικά χαμηλές. Αυτό, ωστόσο, μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι πολλοί επιλέγουν να λάβουν περίθαλψη στον ιδιωτικό τομέα. Ακόμη και στο φτωχότερο πεμπτημόριο, μόλις το 0,2 % ανέφερε ακάλυπτη ανάγκη λόγω του

Σχήμα 12. Η Κύπρος παρουσιάζει υψηλή πυκνότητα διαγνωστικών μηχανημάτων υψηλού κόστους



Πηγές: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την υγεία, βάση δεδομένων της Eurostat (τα στοιχεία αφορούν το 2015 ή το πλησιέστερο έτος).

χρόνου αναμονής το 2014. Έχουν αναληφθεί διάφορες προσπάθειες για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα της λίστας αναμονής, όπως η διάθεση επιπλέον πιστώσεων του προϋπολογισμού για τη χρηματοδότηση υπερωριών στον δημόσιο τομέα και «κουπονιών» σε κάποιους ασθενείς προκειμένου να λάβουν περίθαλψη στον ιδιωτικό τομέα.

5.3. ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ⁷

Τα χαμηλά επίπεδα δημόσιων δαπανών δεν επαρκούν για τη στήριξη του συστήματος υγείας

Βάσει των προβλέψεων δημοσιονομικής βιωσιμότητας, οι δημογραφικές αλλαγές θα επιφέρουν αύξηση των δημόσιων δαπανών για τη φροντίδα υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ κατά μόλις 0,3 % μεταξύ 2013 και 2060 (Ευρωπαϊκή Επιτροπή και Επιτροπή Οικονομικής Πολιτικής, 2015). Ωστόσο, οι προβλέψεις αυτές λαμβάνουν ως βάση την υπόθεση ότι στην υγεία θα εξακολουθήσει όπως και σήμερα να δίνεται χαμηλή προτεραιότητα, η οποία, ωστόσο, πιθανότατα δεν θα είναι επαρκής μακροπρόθεσμα, δεδομένου ότι τα επίπεδα των δαπανών ήδη δεν είναι σε θέση να παρέχουν κάλυψη σε ολόκληρο τον πληθυσμό και για ορισμένες υπηρεσίες υπάρχουν μακρές λίστες αναμονής.

Ο δημόσιος τομέας της υγείας στην Κύπρο ήταν ανέκαθεν υποχρηματοδοτούμενος, με αποτέλεσμα να είναι απροετοίμαστος να αντεπεξέλθει σε απότομους κλυδωνισμούς. Αυτό αποδείχτηκε περίτρανα κατά την πρόσφατη οικονομική κρίση. Καθώς το ΑΕΠ ανά κάτοικο μειωνόταν κάθε χρόνο από το 2008 έως το 2014, η ζήτηση για δημόσια παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας αυξήθηκε. Ταυτόχρονα, η εισοδηματική βάση συρρικνώθηκε, με αποτέλεσμα τα συνολικά δημόσια έσοδα να σημειώσουν πτώση σε ονομαστικούς όρους της τάξης του 7 %. Μολοντί οι δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δημόσιων δαπανών παρέμειναν, σε λογικά πλαίσια, σταθερά στο διάστημα αυτό, το δημόσιο χρέος αυξήθηκε ραγδαία —υπερδιπλασιάστηκε ως ποσοστό του ΑΕΠ— προκειμένου να καλυφθεί η πτώση των δημόσιων εσόδων.

Με στόχο τη δημιουργία χρηστού συστήματος χρηματοδότησης και την αύξηση της ποιότητας και της αποδοτικότητας της παροχής υπηρεσιών δημόσιας υγείας, το πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής του 2013 για την Κύπρο διατύπωσε σειρά συστάσεων όσον αφορά τον τομέα της υγείας. Οι συστάσεις αυτές περιλάμβαναν αλλαγές στην πολιτική για τη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος και των προϋποθέσεων για ασφαλιστική κάλυψη από τον δημόσιο τομέα, οι οποίες απέβλεπαν τόσο στην αύξηση των εσόδων όσο και στη μείωση της άσκοπης ζήτησης υπηρεσιών. Διατύπωναν επίσης εκ νέου εκκλήσεις για την υλοποίηση του νέου καθολικού συστήματος υγείας (βλ. πλαίσιο 1).

Όπως συμφωνήθηκε στη Βουλή των Αντιπροσώπων τον Ιούνιο του 2017, το νέο αυτό καθολικό σύστημα υγείας θα χρηματοδοτείται από συνδυασμό συνεισφορών από εργαζόμενους και συνταξιούχους, εργοδότες και αυτοαπασχολούμενους, και τον κρατικό προϋπολογισμό. Μολοντί είναι δύσκολο να αξιολογηθεί η μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα αυτού του νέου συστήματος χρηματοδότησης, το σχέδιο για μια πιο

7. Ως ανθεκτικότητα νοείται η ικανότητα των συστημάτων υγείας να προσαρμόζονται αποτελεσματικά σε μεταβαλλόμενα περιβάλλοντα, απότομους κλυδωνισμούς ή κρίσεις.

διαφοροποιημένη εισοδηματική βάση που θα ενσωματώνει κάποιους από τους πόρους που επί του παρόντος διατίθενται ιδιωτικά θα συμβάλει στη βελτίωση της δημοσιονομικής βιωσιμότητας του συστήματος υγείας.

Υπάρχουν κι άλλα περιθώρια βελτίωσης σε επίπεδο ισότητας και αποδοτικότητας

Η Κύπρος, λαμβανομένων υπόψη των συνολικών δαπανών υγείας ανά κάτοικο, παρουσιάζει πολύ καλούς δείκτες υγείας. Για παράδειγμα, ο δείκτης αποτρεπτής θνησιμότητας είναι πολύ χαμηλός, ιδίως αν συνδεθεί με το χαμηλό επίπεδο δαπανών υγείας (σχήμα 12). Παρόλο που από αυτό φαίνεται να προκύπτει ότι το σύστημα λειτουργεί συνολικά κατά οικονομικά αποδοτικό τρόπο, δεν είναι δυνατό να διακριβωθεί επαρκώς η επίδραση των υγειονομικών συμπεριφορών και άλλων καθοριστικών παραγόντων που δεν σχετίζονται με το σύστημα υγείας στο επίπεδο της αποτρεπτής θνησιμότητας σε αυτό το συνολικότερο επίπεδο.

Υπάρχουν, ωστόσο, διάφοροι λόγοι βάσει των οποίων μπορεί να θεωρηθεί ότι το ύψος και η κατανομή των πόρων στην Κύπρο, συμπεριλαμβανομένων των οικονομικών και ανθρωπίνων, ενδέχεται να συμβάλλουν στην έλλειψη αποδοτικότητας σε επίπεδο παρόχων και ασθενών, και οι οποίοι δεν μπορούν να φανούν στο σχήμα 13. Για παράδειγμα, οι πόροι του δημόσιου τομέα διατίθενται σε παρόχους σύμφωνα με ετήσιους προϋπολογισμούς που βασίζονται σε παγιωμένα πρότυπα δαπανών του παρελθόντος και όχι σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας ή την αποδοτικότητα. Έτσι είναι δύσκολο να διασφαλιστεί ότι οι πόροι κατανέμονται με κατάλληλο ή αποδοτικό τρόπο. Οι πολιτικές δεσμεύσεις για την ενίσχυση της δημόσιας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της θεσμοθέτησης μηχανισμού παραπομπών δεν υλοποιήθηκαν, ωστόσο υπάρχει σχετική πρόβλεψη στον σχεδιασμό του νέου εθνικού συστήματος υγείας.

Επιπλέον, οι περισσότεροι νοσηλευτές εργάζονται στον δημόσιο τομέα ενώ οι ιατροί δραστηριοποιούνται κατά κύριο λόγο στον ιδιωτικό τομέα (βλ. ενότητα 4). Παρόλο που από την άποψη του μοναδιαίου κόστους του δημόσιου τομέα οι νοσηλευτές είναι λιγότερο δαπανηροί από τους ιατρούς, αυτή η ανισορροπία μεταξύ των τομέων και το γεγονός ότι η πυκνότητα των νοσηλευτών είναι επίσης αρκετά χαμηλή εξηγεί εν μέρει γιατί όσοι έχουν την οικονομική ευχέρεια να το πράξουν πληρώνουν για να λάβουν περίθαλψη από τον ιδιωτικό τομέα.

Η αλλαγή της μεθόδου πληρωμής μπορεί να αποτελέσει κίνητρο για παροχή καλύτερης περίθαλψης

Σε όλο το φάσμα του συστήματος υγείας υπάρχει έλλειψη οικονομικών κινήτρων που να ενθαρρύνουν τις αποδοτικές πρακτικές των παρόχων, αφού οι εργαζόμενοι υγείας του δημόσιου τομέα είναι έμμισθοι δημόσιοι υπάλληλοι, ενώ οι πάροχοι του ιδιωτικού τομέα αμείβονται από τον ασθενή κατά πράξη και περίπτωση. Στο πλαίσιο του νέου εθνικού συστήματος υγείας, κάποιοι δημόσιοι εργαζόμενοι υγείας δεν θα είναι πλέον έμμισθοι δημόσιοι υπάλληλοι, κάτι που, παρά τα πολιτικά εμπόδια, ανοίγει προοπτικές για τη θέσπιση περισσότερων κινήτρων για αποδοτικότερο τρόπο παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

Καταβάλλονται επίσης προσπάθειες που στοχεύουν στον καλύτερο συντονισμό και στη βελτίωση της σχέσης κόστους ωφέλειας

Ο συντονισμός μεταξύ των παρόχων είναι επί του παρόντος περιορισμένος, ιδιαίτερα μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα. Εκτός από το γεγονός ότι ο ιδιωτικός τομέας χαρακτηρίζεται από ποικιλομορφία και κατακερματισμό και τα στοιχεία για τις υπηρεσίες που παρέχει είναι λιγοστά, υπάρχουν λειτουργικοί φραγμοί μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα: απουσία ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος, έλλειψη επικοινωνίας των δύο και ανυπαρξία θεσμοθετημένου συστήματος παραπομπών. Ως απάντηση στα παραπάνω, η διαδικασία πρόσκλησης υποβολής προσφορών για την ανάθεση δημιουργίας και λειτουργίας ενός ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος που θα υποστηρίξει το νέο εθνικό σύστημα υγείας ολοκληρώθηκε με επιτυχία τον Μάρτιο του 2017.

Αξιοσημείωτες προσπάθειες έχουν επίσης καταβληθεί προκειμένου να εξασφαλιστεί καλύτερη σχέση κόστους - ωφέλειας στον φαρμακευτικό τομέα, παρά το γεγονός ότι η αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας δεν έχει παίξει σημαντικό ρόλο στον καθορισμό της δέσμης παροχών. Στο δημόσιο σύστημα, η προμήθεια των φαρμάκων γίνεται μέσω μειοδοτικών διαγωνισμών, όπου ο προσφοροδότης με τη χαμηλότερη τιμή εξασφαλίζει το δικαίωμα να προμηθεύει ολόκληρη την αγορά του δημόσιου τομέα για δύο έτη. Με αυτό τον τρόπο υπάρχουν οι προοπτικές να εξασφαλιστούν χαμηλές τιμές, εφόσον δεν υπάρχει μονοπωλιακός παραγωγός. Οι τιμές των φαρμάκων στον ιδιωτικό τομέα καθορίζονται βάσει εξωτερικών τιμών αναφοράς. Η υποκατάσταση με γενόσημα φάρμακα είναι υποχρεωτική στον δημόσιο τομέα. Αντίθετα, στον ιδιωτικό τομέα δεν υπάρχουν κίνητρα ώστε οι γιατροί να συνταγογραφούν και οι φαρμακοποιοί να προωθούν τα γενόσημα φάρμακα. Υπάρχουν επίσης κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες που αποθαρρύνουν την υπερσυνταγογράφηση, αν και δεν υπάρχει θεσμοθετημένο σύστημα ελέγχου για την παρακολούθηση της συμμόρφωσης. Τα μελλοντικά σχέδια σε αυτόν τον τομέα περιλαμβάνουν την ίδρυση αυτόνομου οργανισμού φαρμάκων που θα επιφορτιστεί με την κανονιστική ρύθμιση των φαρμάκων (εθνικό μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα της Κύπρου, 2017).

Η υλοποίηση του νέου εθνικού συστήματος υγείας έχει αποτελέσει μακρόχρονη δοκιμασία σε επίπεδο διακυβέρνησης

Η διακυβέρνηση του τομέα της υγείας στην Κύπρο δοκιμάζεται επί σχεδόν 30 έτη, αφού η εισαγωγή ενός συστήματος καθολικής κάλυψης είχε μέχρι σήμερα πολύ περιορισμένη επιτυχία. Οι καθυστερήσεις οφείλονται σε πολλούς λόγους, μεταξύ άλλων και στην έλλειψη πολιτικής βούλησης. Επίσης, ενίοτε υπήρχαν αντιδράσεις από εργαζόμενους του δημόσιου τομέα που δεν ήθελαν να απωλέσουν το καθεστώς του δημόσιου υπαλλήλου, από εργαζόμενους του ιδιωτικού τομέα που ανησυχούσαν για απώλειες εισοδήματος, από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες που ήθελαν να ενταχθούν στο νέο σύστημα καθώς και από εργοδότες και εργαζόμενους που δεν ήταν ικανοποιημένοι από τα προτεινόμενα ποσοστά εισφοράς.

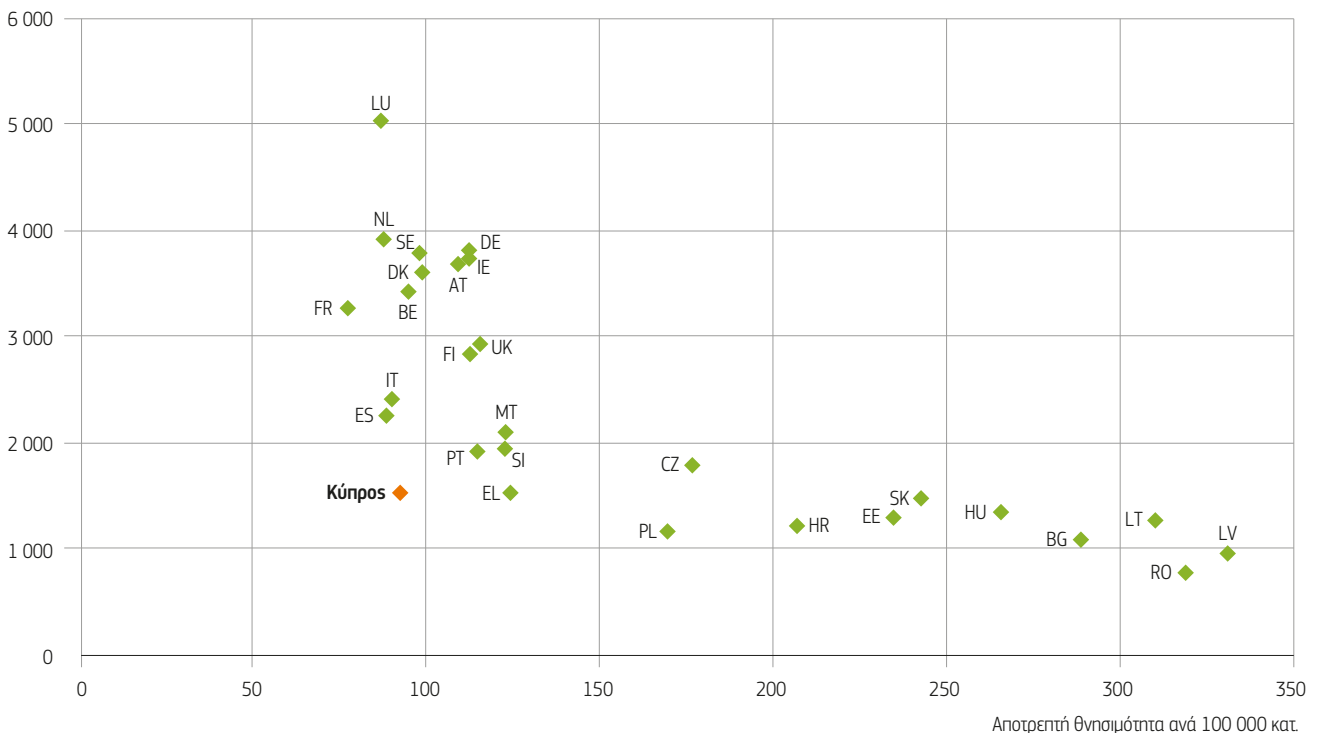
Ωστόσο, με την έλευση της οικονομικής κρίσης δημιουργήθηκε νέα δυναμική για μεταρρυθμίσεις. Μετά το πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής του 2013 για την Κύπρο και με τεχνική βοήθεια από άλλα κράτη μέλη της ΕΕ και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, μεταξύ άλλων, η Βουλή των Αντιπροσώπων ενέκρινε, τον Ιούνιο του 2017, σημαντικά νομοσχέδια που προβλέπουν τη σταδιακή θεσμοθέτηση της οικονομικής και διοικητικής αυτονομίας των δημόσιων νοσοκομείων σε βάθος πενταετίας, καθώς και τον καθορισμό ποσοστών εισφοράς και συμμετοχής.

Μολονότι αυτό αποτελεί σημαντικό βήμα πρόόδου, η επιτυχής υλοποίηση του νέου συστήματος υγείας θα αντιμετωπίσει αναμφίβολα προκλήσεις σε επίπεδο διακυβέρνησης. Για παράδειγμα, βασικός στόχος του νέου εθνικού συστήματος υγείας είναι η ενοποίηση του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα στο πλαίσιο ενός ενιαίου, ανταγωνιστικού συστήματος. Έως σήμερα, ωστόσο, δεν υπάρχουν στοιχεία για τον ιδιωτικό τομέα, αναφορικά με το κόστος και την αποδοτικότητα των παρόχων, γεγονός που δυσχεραίνει την κατάρτιση συμβάσεων και την παρακολούθηση της ποιότητας της φροντίδας υγείας. Επίσης, το Υπουργείο Υγείας είναι επί του παρόντος αρμόδιο για όλες σχεδόν τις εκφάνσεις του υφιστάμενου δημόσιου συστήματος υγείας. Βάσει του νέου εθνικού συστήματος υγείας, ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας θα αναλάβει κεντρικό διοικητικό ρόλο. Η επιτυχία αυτής της μετάθεσης αρμοδιοτήτων θα εξαρτηθεί από την ύπαρξη σαφών, διακριτών υποχρεώσεων λογοδοσίας.



Σχήμα 13. Λαμβανομένου υπόψη του ύψους των δαπανών, ο δείκτης αποτρεπτής θνησιμότητας είναι ιδιαίτερα χαμηλός

Δαπάνη υγείας ανά κάτοικο, ΙΑΔ σε ευρώ



Πηγές: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την υγεία, βάση δεδομένων της Eurostat, βάση δεδομένων του ΠΟΥ για τις δαπάνες υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο (τα στοιχεία αφορούν το 2014).

6 Βασικές διαπιστώσεις

- Η κατάσταση υγείας του κυπριακού πληθυσμού είναι καλή συνολικά, και το προσδόκιμο ζωής είναι από τα υψηλότερα στην ΕΕ. Οι δείκτες θνησιμότητας για συχνές αιτίες θανάτου, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα και οι μορφές καρκίνου, είναι κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ.
- Υπάρχει ανοδική τάση στην επίπτωση ορισμένων μορφών καρκίνου, και ειδικότερα του καρκίνου του παχέος εντέρου, του μαστού και του πνεύμονα. Παρόλο που ο καρκίνος είναι η δεύτερη αιτία θανάτου, εθνικά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου υπάρχουν μόνο για τον καρκίνο του μαστού και του παχέος εντέρου. Ο δείκτης θνησιμότητας λόγω διαβήτη είναι επίσης πολύ πάνω από τον μέσο όρο της ΕΕ.
- Οι υγιεινές συμπεριφορές έχουν μακροχρόνια σημαντικές θετικές επιπτώσεις στην υγεία του κυπριακού πληθυσμού. Η κατανάλωση αλκοόλ είναι χαμηλή συγκριτικά με άλλα κράτη μέλη της ΕΕ και οι διατροφικές συνήθειες είναι κατά κανόνα ευνοϊκές. Ωστόσο, το κάπνισμα παραμένει σημαντικό πρόβλημα υγείας, καθώς τα ποσοστά καπνίσματος δεν έχουν μειωθεί όπως σε πολλές άλλες χώρες. Υπάρχουν πρόσφατες και εν εξελίξει πρωτοβουλίες που αποσκοπούν στην απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους εσωτερικούς χώρους. Ανησυχητικά είναι επίσης τα αυξανόμενα ποσοστά παχυσαρκίας.
- Το σύστημα υγείας είναι μοιρασμένο μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα και το δημόσιο σύστημα δεν προσφέρει καθολική κάλυψη. Επίσης, ο συντονισμός μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα είναι ελάχιστος. Περίπου το 75 % του πληθυσμού καλύπτεται από τον δημόσιο τομέα αλλά υπάρχουν μακρές λίστες αναμονής για ορισμένες υπηρεσίες, λόγω κυρίως των περιορισμένων πόρων.
- Πολλοί επιλέγουν να προσφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα, αναλαμβάνοντας οι ίδιοι το κόστος των υπηρεσιών που τους παρέχονται. Οι άμεσες ιδιωτικές δαπάνες αντιπροσωπεύουν περίπου το ήμισυ των συνολικών δαπανών υγείας, ποσοστό που είναι το υψηλότερο στην ΕΕ μετά τη Βουλγαρία. Παρόλο που το μεγαλύτερο μέρος αυτών των δαπανών πραγματοποιείται για υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα, από το 2013, στο πλαίσιο του προγράμματος οικονομικής προσαρμογής για την Κύπρο, η συμμετοχή των ασθενών για τη χρήση υπηρεσιών του δημόσιου τομέα αυξήθηκε και θεσπίστηκαν νέα τέλη. Ο αντίκτυπος των υψηλών αυτών άμεσων ιδιωτικών δαπανών στα έτη μετά την οικονομική κρίση θα γίνει γνωστός σε όλο του το μέγεθος μόνο όταν καταστούν διαθέσιμα στοιχεία σε επίπεδο νοικοκυριών.
- Δεν υπάρχει θεσμοθετημένη διαδικασία προγραμματισμού όσον αφορά το υγειονομικό δυναμικό, στοιχείο που συμβάλλει στην πολύ χαμηλή αναλογία των 1,5 μόλις νοσηλευτών ανά ιατρό. Οι περισσότεροι ιατροί, οδοντίατροι και φαρμακοποιοί εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα ενώ η πλειονότητα των νοσηλευτών απασχολείται στον δημόσιο τομέα. Ο συντονισμός μεταξύ παρόχων του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα είναι ελάχιστος.
- Η Κύπρος διαθέτει το μικρότερο ποσοστό των δημόσιων δαπανών της για την υγεία από κάθε άλλη χώρα της ΕΕ από το 2004 κι εντεύθεν. Κατά τη διάρκεια της χρηματοπιστωτικής κρίσης, καθώς τα δημόσια έσοδα συρρικνώθηκαν, η Κύπρος αναγκάστηκε να αναλάβει υψηλό δημόσιο χρέος για να διατηρήσει το χαμηλό της επίπεδο δαπανών υγείας. Καθώς αυξάνεται η ζήτηση για υπηρεσίες που σχετίζονται με τη γήρανση του πληθυσμού και άλλους παράγοντες, η βιωσιμότητα του συστήματος θα δοκιμαστεί κι άλλο, αν δεν δοθεί μεγαλύτερη προτεραιότητα στην υγεία.
- Μετά από τρεις δεκαετίες καθυστερήσεων, πρόσφατα έγιναν βήματα προς την κατεύθυνση της υλοποίησης ενός νέου εθνικού συστήματος υγείας που θα προσφέρει καθολική πρόσβαση στη φροντίδα υγείας. Συνάφθηκε σύμβαση για ένα Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα που θα παρέχει στήριξη στο νέο σύστημα υγείας, και τον Ιούνιο του 2017 η Βουλή των Αντιπροσώπων ενέκρινε νομοσχέδια σχετικά με την οικονομική και διοικητική αυτονομία των δημόσιων νοσοκομείων και τον καθορισμό των ποσοστών εισφορών και συμμετοχής. Η υλοποίηση του νέου συστήματος υγείας αναμένεται να ολοκληρωθεί πλήρως μέχρι το 2020.



Βασικές πηγές

Theodorou, M. κ.ά. (2012), «Cyprus: Health System Review», *Health Systems in Transition*, τόμος 14(6), σ. 1–128.

ΟΟΣΑ/ΕΕ (2016), *Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle* «Η υγεία με μια ματιά: Ευρώπη 2016: Κατάσταση της υγείας στον κύκλο της ΕΕ», έκδοση του ΟΟΣΑ, Παρίσι, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.

Παραπομπές

ECDC (2017), *Antimicrobial Resistance Surveillance in Europe 2015* (Επιτήρηση της μικροβιακής αντοχής στην Ευρώπη το 2015), Ετήσια έκθεση του Ευρωπαϊκού δικτύου επιτήρησης της μικροβιακής αντοχής (EARS-Net), του Ευρωπαϊκού Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων, Στοκχόλμη.

Ευρωπαϊκή Επιτροπή (ΓΔ ECFIN) και Επιτροπή Οικονομικής Πολιτικής (ΕΟΠ) (2015), «The 2015 Ageing Report – Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013–2060)» (Έκθεση του 2015 για τη δημογραφική γήρανση: οικονομικές και δημοσιονομικές προβλέψεις των 28 κρατών μελών της ΕΕ (2013–2060), *European Economy* 3, Βρυξέλλες, Μάιος.

Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2017α), «Cyprus National Reform Programme (April 2017)» [(Εθνικό μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα της Κύπρου (Απρίλιος 2017))], <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2017-european-semester-national-reform-programme-cyprus-en.pdf>.

Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2017β), «Έκθεση χώρας - Κύπρος 2017», <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2017-european-semester-country-report-cyprus-el.pdf>.

IHME (2016), «Global Health Data Exchange», Ινστιτούτο Μέτρησης και Αξιολόγησης της Υγείας, διατίθεται στη διεύθυνση <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Samoutis, G., A. Samoutis και P. Tedeschi (2010), «Cyprus Primary Care», Παρατηρητήριο δραστηριοτήτων πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη (πρόγραμμα PHAMEU).

Savva, S.C. κ.ά. (2014), «Overweight and Obesity Prevalence and Trends in Children and Adolescents in Cyprus 2000–2010», *Obesity Research & Clinical Practice*, Τόμος 8, σ. e426–e434.

Theodorou, M. (2014), «Testing the Waters for GeSY: Patients' Opinion of Cost-sharing Arrangements in the Public Health Care System in Cyprus», *Cyprus Economic Policy Review*, Τόμος 8(2), σ. 37–59.

Κατάλογος συντομογραφιών χωρών

Αυστρία	AT	Ελλάδα	EL	Ιταλία	IT	Λουξεμβούργο	LU	Σλοβακική	
Βέλγιο	BE	Εσθονία	EE	Κάτω Χώρες	NL	Μάλτα	MT	Δημοκρατία	SK
Βουλγαρία	BG	Ηνωμένο Βασίλειο	UK	Κροατία	HR	Ουγγαρία	HU	Σλοβενία	SI
Γαλλία	FR	Φινλανδία	FI	Κύπρος	CY	Πολωνία	PL	Σουηδία	SE
Γερμανία	DE	Ιρλανδία	IE	Λετονία	LV	Πορτογαλία	PT	Τσεχική	
Δανία	DK	Ισπανία	ES	Λιθουανία	LT	Ρουμανία	RO	Δημοκρατία	CZ

State of Health in the EU

Προφίλ Υγείας 2017

Τα προφίλ χώρας αποτελούν σημαντικό στάδιο του διετούς κύκλου για την κατάσταση της υγείας στην ΕΕ και είναι το αποτέλεσμα κοινής προσπάθειας του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) και του *European Observatory on Health Systems and Policies*. Η Επιτροπή ανέλαβε τον συντονισμό της σειράς των προφίλ και η παραγωγή τους έγινε με τη χρηματοδοτική συνδρομή της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Τα προφίλ χώρας έχουν περιεκτικό και συναρτώμενο με πολιτικές χαρακτήρα, και βασίζονται σε διαφανή, συνεπή μεθοδολογία. Χρησιμοποιούν τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά δεδομένα, τα οποία ωστόσο προσαρμόζονται με ευελιξία στις ιδιαιτερότητες κάθε κράτους μέλους της ΕΕ. Στόχος είναι η δημιουργία ενός μέσου το οποίο, μέσω αμοιβαίας μάθησης και εθελοντικών ανταλλαγών, θα ενισχύει τις προσπάθειες των κρατών μελών για τη χάραξη τεκμηριωμένης πολιτικής.

Κάθε προφίλ χώρας παραθέτει εν συντομία και με συνθετικό τρόπο τα εξής:

- 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, προσβασιμότητα και ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας

Πρόκειται για την πρώτη σειρά των διετών αυτών προφίλ χώρας, που δημοσιεύεται τον Νοέμβριο του 2017. Η Επιτροπή συμπληρώνει τις βασικές διαπιστώσεις των προφίλ χώρας με μια συνοδευτική έκθεση.

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

Παρακαλούμε αναφέρετε αυτή τη δημοσίευση ως εξής:

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Κύπρος: Προφίλ Υγείας 2017, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264285118-el>

ISBN 9789264285118 (PDF)

Series: State of Health in the EU
ISSN 25227041 (online)

Note: In the event of any discrepancy between the original version of this work published in English and the translation, only the text of the original work should be considered valid.