



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**“Καταγραφή των Υπηρεσιών Υγείας στην Κύπρο από το 1980 – 2010”**

**Σπουδάστριες: Γεωργία Κυριάκου Α.Φ.Μ.:2008111**

**Περσεφόνη Κούρη Α.Φ.Μ.:2008112**

**Επιβλέπων καθηγητής: Δρ. Γιώργος Μαυριδόγλου**

**Καλαμάτα, 2012**



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**“Καταγραφή των Υπηρεσιών Υγείας στην Κύπρο από το 1980 – 2010”**

**Σπουδάστριες: Γεωργία Κυριάκου Α.Φ.Μ.:2008111**

**Περσεφόνη Κούρη Α.Φ.Μ.:2008112**

**Επιβλέπων καθηγητής: Δρ. Γιώργος Μαυριδόγλου**

**Καλαμάτα, 2012**

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα τελευταία χρόνια παρουσιάζονται πολλές αξιόλογες ερευνητικές μελέτες που αφορούν τις υπηρεσίες υγείας και ειδικότερα τα συστήματα υγείας, τα οποία αντιμετωπίζουν διεθνώς σημαντικές προκλήσεις. Η εφαρμογή πολιτικής για την υγεία προϋποθέτει την ύπαρξη μιας συγκεκριμένης δομής και μιας συγκεκριμένης οργάνωσης που θα υλοποιήσει την πολιτική αυτή και θα συμβάλει στην επίτευξη των στόχων της, κάτι που γίνεται μέσα από τα συστήματα υγείας. Σκοπός της παρούσας εργασίας υπήρξε η διερεύνηση και καταγραφή των Υπηρεσιών Υγείας στην Κύπρο από το 1980-2010.

Το υλικό της παρούσας εργασίας το αποτέλεσαν στοιχεία από το Υπουργείο υγείας και την Στατιστική Υπηρεσία της Κύπρου. Επίσης, αναζητήθηκαν μέσω διαδικτύου στοιχεία της τελευταίας τριακονταετίας στην επίσημη ιστοσελίδα του υπουργείου υγείας και της στατιστικής υπηρεσίας. Συνάμα πάρθηκαν στοιχεία από σχετικές έρευνες και μελέτες οι οποίες διεξήχθησαν στον κυπριακό χώρο, από την επίσημη εφημερίδα της Κυπριακής Δημοκρατίας και οι ετήσιες εκθέσεις του υπουργείου υγείας.

Στην Κύπρο, δεν υπάρχει εθνικό σύστημα υγείας με καθολική κάλυψη του πληθυσμού, αλλά ένα μείγμα δημόσιων και ιδιωτικών φορέων παροχής. Στο δημόσιο τομέα, κύρια πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών αποτελεί ο προϋπολογισμός υγείας, μέσω γενικής φορολογίας. Για την κάλυψη του κόστους ασθένειας υπάρχουν πέντε διαφορετικά συστήματα. Η προσφορά των υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο παρέχεται από το δημόσιο τομέα, τον ιδιωτικό τομέα και από μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς.

Η προσφορά υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο, τόσο στον δημόσιο, όσο και στον ιδιωτικό τομέα, συνεχίζει να παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα ανεπάρκειας, ανισοκατανομής και ανισότητας. Το γεγονός αυτό καθιστά αναγκαία τη λήψη μέτρων, προκειμένου να υπάρξει επαρκής χρηματοδότηση, σύγχρονη διοίκηση και ισομερής ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και της Πρόληψης. Τέλος κρίνεται αναγκαία η μεταρρύθμιση του υφιστάμενου συστήματος, γεγονός που κατέστησε σαφές και η Ε.Ε.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΣΕΛ.

	ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ.....	1
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....		5
2. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....		8
2.1.Ορισμός της έννοιας Υγεία.....		8
2.2. Σύστημα Υγείας.....		9
2.3.Δομή των Συστημάτων Υγείας.....		10
2.3.1. Φιλελεύθερο σύστημα υγείας – Σύστημα ιδιωτικής ασφάλιση...		11
2.3.2. Σύστημα κοινωνικής ασφάλισης – Σύστημα τύπου Bismark.....		11
2.3.3. Εθνικό σύστημα υγείας – Σύστημα τύπου Beveridge.....		12
3. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....		13
3.1. Σκοπός.....		13
3.2. Στόχοι.....		13
3.3. Μεθοδολογία.....		13
3.4. Αποτελέσματα.....		13
3.4.1. Η ανάπτυξη και η οργάνωση του συστήματος υγείας στην Κύπρο.....		13
3.4.2. Η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο.....		17
3.4.3. Υπηρεσίες υγείας και ανθρώπινο δυναμικό.....		17
4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....		35
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....		40

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Αριθμός ιατρών, οδοντογιατρών, νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού εργαζόμενοι στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.....	18
Πίνακας 2: Αριθμός κλινών στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. ....	19
Πίνακας 3: Αριθμός ατόμων ανά επαγγελματία υγείας. ....	20
Πίνακας 4: Κρατικά νοσηλευτήρια και κλίνες το 2010. ....	20
Πίνακας 5: Δαπάνες υπηρεσιών υγείας (εκ. ευρώ). ....	21
Πίνακας 6: Δαπάνες υπηρεσιών υγείας σαν ποσοστό του Α.Εγχ.Π. ....	22
Πίνακας 7: Ανάλυση δαπανών υπηρεσιών υγείας 1980-2010. ....	22
Πίνακας 8: Αριθμός επισκέψεων εξωτερικών ασθενών κατά νοσοκομείο 1980-2010.....	24
Πίνακας 9: Αριθμός επισκέψεων εξωτερικών ασθενών κατά ειδικά νοσοκομεία και αγροτικά υγειονομικά κέντρα 1980-2010. ....	24
Πίνακας 10: Αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων κατά νοσοκομείο 1980-2010.....	25
Πίνακας 11: Καταμερισμός κλινών κατά νοσοκομείο 1980-2010.....	26
Πίνακας 12: Εισαχθέντες και απολυθέντες ασθενείς κατά νοσοκομείο 1980-2010.....	27
Πίνακας 13: Συντελεστής καταλήψεως κλινών % κατά νοσοκομείο και τμήμα 1980-2010.....	28
Πίνακας 14: Συντελεστής καταλήψεως κλινών % κατά ειδικά νοσοκομεία και αγροτικά νοσοκομεία και αγροτικά υγειονομικά κέντρα 1980-2010. ....	28
Πίνακας 15: Μέσος όρος παραμονής (μέρες) κατά νοσοκομείο 1980-2010.....	29
Πίνακας 16: Ιατρικό προσωπικό κατά επαρχία 1980-2010.....	30
Πίνακας 17: Νοσηλευτικό προσωπικό κατά επαρχία 1980-2010.....	30
Πίνακας 18: Παραϊατρικό προσωπικό κατά ειδικότητα 1980-2010.....	31
Πίνακας 19: Ιατρικό προσωπικό ιδιωτικού τομέα κατά ειδικότητα 1980-2010.....	32
Πίνακας 20: Συγκριτικοί δείκτες υγείας 1980-2010.....	33

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΣΥ: Σύστημα Υγείας

ΥΥ: Υπηρεσίες Υγείας

ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Α.Εγχ.Π.: Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι υπηρεσίες υγείας (ΥΥ) αντιμετωπίζουν διεθνώς σημαντικές προκλήσεις. Η γήρανση του πληθυσμού, η επικράτηση των χρόνιων νοσημάτων, η νέα ακριβή ιατρική τεχνολογία, αλλά και οι απαιτήσεις των πολιτών για άμεση, ανθρώπινη και αποτελεσματική περίθαλψη, επιβάλλουν τον αναπροσανατολισμό και την αναδιοργάνωση των ΥΥ, προκειμένου να συγκρατηθούν οι αυξανόμενες δαπάνες υγείας και να ικανοποιηθούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τα κριτήρια της ισότητας, της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας (Υφαντόπουλος, 2006).

Στην Κύπρο, η προσφορά ΥΥ, τόσο στον δημόσιο, όσο και στον ιδιωτικό τομέα, συνεχίζει να παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα ανεπάρκειας, ανισοκατανομής και ανισότητας. Το γεγονός αυτό καθιστά αναγκαία τη λήψη μέτρων, προκειμένου να υπάρξει επαρκής χρηματοδότηση, σύγχρονη διοίκηση και ισομερής ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και της Πρόληψης. Όμως, ο σχεδιασμός και η εφαρμογή σύγχρονων πολιτικών υγείας προϋποθέτουν την ύπαρξη ικανών και καταρτισμένων στελεχών, σε όλους τους τομείς διοίκησης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας μέσα από την εφαρμογή συστήματος υγείας(Τούντας, 2007).

Σύμφωνα με τον Ιπποκράτειο Κώδικα, πρέπει όλοι οι σχετιζόμενοι με την παροχή ΥΥ να τοποθετούν τις ανάγκες των ασθενών σε πρώτη προτεραιότητα, πάνω από οικονομικά και πολιτικά συμφέροντα δικά τους, αλλά και του οργανισμού που την παρέχει. Ο τομέας της υγείας, είναι εκείνος με τη μεγαλύτερη ποικιλία και συγκέντρωση υπηρεσιών σε ένα χώρο (Fitzsimmons, & Fitzsimmons, 2006). Προλαμβάνει και θεραπεύει θέματα που άπτονται της ικανοποίησης των φυσικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αναγκών των πολιτών και ασθενών (Che-Rose, et al., 2004).

Ένα από τα κυριότερα χαρακτηριστικά του τομέα της υγείας ανάμεσα στις λοιπές ιδιαιτερότητές του, είναι η αβεβαιότητα που επικρατεί τόσο από την πλευρά της ζήτησης (ασυμμετρία πληροφόρησης μεταξύ ιατρού και ασθενούς), όσο και από την πλευρά της προσφοράς (ελλιπής πληροφόρηση για την έκβαση της θεραπευτικής παρέμβασης). Η αβεβαιότητα αυτή, σε συνδυασμό με τον κίνδυνο ασθένειας που αντιμετωπίζει κάθε άτομο και ο οποίος απειλεί την υγεία, την ποιότητα ζωής ή ακόμα και την ίδια του τη ζωή, έχει οδηγήσει στην αναζήτηση ασφάλειας στον τομέα της υγείας, σε βαθμό πολύ μεγαλύτερο από άλλους τομείς της οικονομίας. Παράλληλα, η λειτουργία του τομέα ως ατελής αγορά, οι υφιστάμενες ανισότητες, και οι εντεινόμενες πληθωριστικές πιέσεις εντός ενός

δυσμενούς οικονομικού περιβάλλοντος ωθούν την παροχή του αγαθού στον ιδιωτικό τομέα, συνδέοντάς το με οικονομικές εξελίξεις (Γείτονα & Κυριόπουλος, 2000).

Συνήθης τακτική των κυβερνήσεων σε περιόδους οικονομικών κρίσεων, είναι η περικοπή των δαπανών για την υγεία. Αποτελέσματα της τακτικής αυτής είναι η μεγέθυνση των ανισοτήτων στην υγεία, η εξασθένηση του συστήματος, η πρόκληση γενικευμένης κρίσης υγείας, η πρόκληση κοινωνικών αλλά και οικονομικών προβλημάτων και τελικά ακόμη πιο μακροχρόνιες επιπτώσεις απ' ότι η οικονομική κρίση. Η οικονομική εξαθλίωση και η ανεργία, καθώς και η πλημμυελής πρόληψη, επιφέρουν επιδείνωση της υγείας των χαμηλών τάξεων, με αποτέλεσμα την μεγαλύτερη ζήτηση υπηρεσιών υγείας, την μείωση της παραγωγικότητας και γενικότερα την περεταίρω οικονομική συρρίκνωση. Ο πληθωρισμός ζήτησης δημιουργεί αδυναμία του συστήματος να ανταποκριθεί στις νέες ανάγκες και στην απαίτηση της αύξησης των δαπανών απαντά με άρνηση. Έτσι, δημιουργείται φαύλος κύκλος που παρασύρει την υγεία και την οικονομία σε μια σπειροειδή καθοδική πορεία συρρίκνωσης αποτελεσματικότητας, αλλά και μεγέθυνσης του πληθυσμού που επιβαρύνεται (Rosen, et al., 2009).

Υποστηρίζεται από ορισμένους ότι η λογική των μεταρρυθμίσεων υπό την λογική του δίπτυχου κόστους – αποτελεσματικότητας (value for money) δεν αποτελούν αναγκαιότητες των οικονομικών δυσχερειών, αλλά σύγκρουση αξιών, που οδηγούν στην απορρύθμιση του θεσμού της κοινωνικής ασφάλισης (Στεργίου, 2005). Οι θεωρητικοί της Νέας Δεξιάς (Hayek, Buchanan, Friedman, Lees) υπερμάχονται το δικαίωμα της ελευθερίας της επιλογής στην παροχή υπηρεσιών υγείας και της ελεύθερης λειτουργίας της αγοράς της, καταδικάζοντας τα κρατικά συστήματα για πλήρη έλεγχο του δικαιώματος από την γραφειοκρατία και για κατευθυντικότητα των δαπανών σε συγκεκριμένους παρόχους. Από την άλλη πλευρά, άλλοι θεωρητικοί (Marshall, Mill) παρουσιάζουν το αγαθό της υγείας ως δικαίωμα προστατευμένο από το κράτος, παρεχόμενο δίχως όρους και αγοραίες συνθήκες, πηγάζοντας από την ανθρώπινη ύπαρξη ή και την υπόσταση του πολίτη (citizenship), που προάγει την κοινωνική δικαιοσύνη μέσα από την υπό τους ίδιους όρους πρόσβαση σε ένα αγαθό που η απουσία ή η διακύβευση του θα υπέσκαπτε αυτόν τον ίδιο τον πολιτισμό (Mill, 2004).

Οποιοδήποτε σύστημα υγείας (ΣΥ) κι αν επιλεγεί με οικονομικούς ή μη όρους, θα πρέπει να διέπεται από τις αδιαμφισβήτητες αλήθειες ότι η υγεία προάγει τόσο το ζην, όσο και το ευ ζην (Αριστοτέλης), ότι προάγει την ελευθερία αίροντας αρνητικούς παράγοντες, όπως η ασθένεια, που πρέπει να εξαλειφθούν από την ανθρώπινη κοινωνία (Mill), ότι



διασφαλίζει την αναπαραγωγή της κοινωνίας (Marx) και την δικαιοσύνη ως ισότητα (Rawls).

Η αύξηση του ορίου ζωής, οι νεοεμφανιζόμενες ασθένειες του σύγχρονου τρόπου ζωής, η τεχνολογική πρόοδος, η εξέλιξη της επιστήμης της ιατρικής, η αύξηση της επιχειρηματικότητας των φαρμακοβιομηχανιών, η αύξηση της διεισδυτικότητας του ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας και άλλοι παράγοντες, αύξησαν κατακόρυφα το κόστος της υγείας προκαλώντας έντονες συζητήσεις επί όλων των σχετιζόμενων θεμάτων. Η προβληματική αφορά την προσβασιμότητα, την διάθεση του αγαθού, την διάρθρωση και την δομή των υπηρεσιών, την διαχείριση και αξιολόγηση τους, τον τρόπο εύρεσης εισροών και καταμερισμού των εκροών, τις προμήθειες, τον προσδιορισμό του μεριδίου της αγοράς, κ.α. με στόχο την αναβάθμιση του παρεχόμενου αγαθού και την βιωσιμότητα των υπηρεσιών (Κυριόπουλος και συν., 1999).

Η εφαρμογή της πολιτική υγείας προϋποθέτει την ύπαρξη μιας συγκεκριμένης δομής και μιας συγκεκριμένης οργάνωσης που θα υλοποιήσει την πολιτική υγείας και θα συμβάλλει στην επίτευξη των στόχων της. Η συγκεκριμένη δομή και οργάνωση στο χώρο της υγείας είναι το ΣΥ. Η δομή και η οργάνωση του ΣΥ διαμορφώθηκαν στη βάση συγκεκριμένων οικονομικών, κοινωνικών και πολιτικών δεδομένων και αντικατοπτρίζουν ως ένα βαθμό την ίδια τη δομή της κοινωνίας και τον τρόπο που αυτή διοικείται. Είναι προφανές ότι τα δεδομένα με την πάροδο του χρόνου αλλάζουν και απαιτείται να σχεδιαστεί εκ νέου το σύστημα για να μπορεί να ανταποκριθεί στις νέες ανάγκες που έχουν δημιουργηθεί (Τούντας, 2006).

Στην παρούσα εργασία επιχειρείται η καταγραφή των Υπηρεσιών Υγείας στην Κύπρο από το 1980 – 2010.

## 2. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### 2.1. Ορισμός της έννοιας Υγεία

Υγεία είναι περισσότερο μια κατάσταση ύπαρξης όπου το άτομο έχει τη δυνατότητα να υπερβαίνει τις κρίσεις και τις διαταραχές της ισορροπίας του και να διαμορφώνει νέους κανόνες και αξίες. Η υγεία αρχίζει από το σπίτι, το σχολείο, την εργασία και οι άνθρωποι οφείλουν να αναζητούν διαρκώς καλύτερους τρόπους πρόληψης και αποφυγής της αρρώστιας ή της ανικανότητας. Αυτό προϋποθέτει επιπλέον ίση κατανομή των πόρων έτσι ώστε η φροντίδα για την υγεία να είναι προσιτή στον καθένα.

Σίγουρα όμως αυτή η αντίληψη για την έννοια της υγείας δεν είναι και η πιο πλήρης. Η αρνητική αυτή αντίληψη της έννοιας της Υγείας δεν είναι αποτέλεσμα παρθενογένεσης ούτε αποτελούσε πάντοτε κυρίαρχη κοινωνική αντίληψη. Ο εννοιολογικός ορισμός καθοριζόταν από την εκάστοτε ιστορική περίοδο, τις κοινωνικές συνθήκες και την πολιτική αντίληψη αναφοράς. Στη μεγαλύτερη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας κοινή συνιστώσα και βασική αρχή της Υγείας αποτελούσε η ολιστική αντίληψή της ως εσωτερική αρμονία του ατόμου και δυναμική ισορροπία του με την κοινότητα και το περιβάλλον.

Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1946) η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Στη διακήρυξη της Ottawa το 1986, η υγεία ορίστηκε εκ νέου ως η ικανότητα του ατόμου, της ομάδας ή της κοινότητας να αναγνωρίζει και να κατανοεί φιλοδοξίες, να ικανοποιεί ανάγκες και να τροποποιεί ή να συμβιβάζεται με το περιβάλλον. Η υγεία σ' αυτό τον ορισμό γίνεται αντιληπτή ως μία δυναμική διαδικασία, που μπορεί να βελτιώνεται σε διαφορετικά επίπεδα, ανάλογα με τις υπάρχουσες εξωτερικές επιρροές, όπως ειρήνη, κατοικία, εκπαίδευση, εισόδημα, ένα σταθερό οικοσύστημα, ανανεώσιμες πηγές ενέργειας, κοινωνική δικαιοσύνη και ισότητα. Βασική φιλοσοφία του χάρτη της Ottawa είναι να προστίθενται χρόνια στη ζωή, να προστίθεται ζωή στα χρόνια. Για να γίνει αυτό πραγματικότητα απαιτείται, με βάση το χάρτη, όλες οι χώρες να λάβουν μέτρα που στοχεύουν σε δημόσια πολιτική, υγιές περιβάλλον, υγιή τρόπο ζωής και υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας.

## 2.2. Σύστημα Υγείας

Η εφαρμογή πολιτικής υγείας προϋποθέτει την ύπαρξη μιας συγκεκριμένης δομής και μιας συγκεκριμένης οργάνωσης που θα υλοποιήσει την πολιτική υγείας και θα συμβάλει στην επίτευξη των στόχων της. Η συγκεκριμένη δομή και οργάνωση στο χώρο της υγείας είναι το ΣΥ. Η δομή και η οργάνωση του ΣΥ διαμορφώθηκαν στη βάση συγκεκριμένων οικονομικών, κοινωνικών και πολιτικών δεδομένων και αντικατοπτρίζουν ως ένα βαθμό την ίδια τη δομή της κοινωνίας και τον τρόπο που αυτή διοικείται. Είναι προφανές ότι τα δεδομένα με την πάροδο του χρόνου αλλάζουν και απαιτείται να σχεδιαστεί εκ νέου το σύστημα για να μπορεί να ανταποκριθεί στις νέες ανάγκες που έχουν δημιουργηθεί.

Σύμφωνα τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το ΣΥ ορίζεται ως οι ενσυνείδητες προσπάθειες, των οποίων ο πρωταρχικός σκοπός είναι η προαγωγή, η αποκατάσταση και η διατήρηση υγείας (WHO, 2011). Το ΣΥ είναι ο συνδυασμός πόρων, οργάνωσης, χρηματοδότησης και διοικητικής διαχείρισης που χρησιμοποιείται στην παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό (Roemer, 1991) και το συνδυασμένο σύνολο των ατόμων, των θεσμών και των πόρων που επιχειρούν υγειονομικές δράσεις –όπου η πρωταρχική πρόθεση αυτών των δράσεων είναι η βελτίωση της υγείας (Murray, et al. 2000).

Ο όρος σύστημα παραπέμπει σε ένα σύνολο στοιχείων τα οποία είναι συνδεδεμένα μεταξύ τους (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007). Θα μπορούσε να οριστεί επίσης το σύστημα ως ένα άθροισμα ανεξάρτητων τμημάτων, συνδεδεμένων μεταξύ τους με τέτοιο τρόπο που να συνθέτουν ένα ενιαίο σύνολο, ικανό να πραγματοποιήσει μία λειτουργία. Σήμερα η αντίληψη αυτή είναι ολοένα και λιγότερο σημαντική και το έδαφος το κερδίζει η συστημική αντίληψη, δηλαδή ότι το σύστημα δεν είναι άθροισμα επιμέρους υποσυστημάτων, αλλά είναι ένα ενιαίο σύνολο, το οποίο έχει τη δική του λειτουργία.

Ο Λιαρόπουλος (2007) ορίζει το σύστημα με παρόμοιο τρόπο. Θεωρεί ότι το σύστημα είναι η οποιαδήποτε ομάδα αλληλοσχετιζόμενων και αλληλοεξαρτώμενων οντοτήτων ή διαδικασιών που συνδυάζονται για ένα συγκεκριμένο σκοπό. Το βασικό χαρακτηριστικό αυτού του ορισμού είναι η παράλληλη λειτουργία οντοτήτων και διαδικασιών.

Ένας περισσότερος εξειδικευμένος ορισμός του συστήματος θεωρεί το σύστημα ως μία ολότητα με δεδομένη και καθορισμένη συμπεριφορά, η οποία αποτελείται από επιμέρους στοιχεία τα οποία βρίσκονται σε μία δυναμική αλληλεξάρτηση μεταξύ τους.

Το ΣΥ είναι ένα σύνολο επιμέρους υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση μεταξύ τους και με το περιβάλλον, προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός του συστήματος που είναι η διατήρηση και η προαγωγή υγείας του πληθυσμού

(Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα, 2007). Μπορεί επίσης το ΣΥ να οριστεί ως ένας συγκεκριμένος τρόπος οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα της υγείας, που μέσα από την προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών στοχεύει στη μεγιστοποίηση της στάθμης υγείας του πληθυσμού, στο πλαίσιο των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας (Λιαρόπουλος, 2007).

Σύμφωνα με τους Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα (2007) το σύστημα υγείας πολλαπλών υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση μεταξύ τους, αποτελείται από τρία υποσυστήματα : το πρώτο υποσύστημα αναφέρεται στους παράγοντες που επηρεάζουν και διαμορφώνουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, το δεύτερο υποσύστημα αναφέρεται στην παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών υγείας και το τρίτο υποσύστημα αναφέρεται στους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών υγείας.

Σύμφωνα με τους Θεοδώρου και συν. (2001) το ΣΥ είναι ένα ανοικτό ΣΥ, το οποίο επηρεάζεται και επηρεάζει τους εξωτερικούς παράγοντες. Το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού δεν εξαρτάται μόνο από το ΣΥ, αλλά και από το περιβάλλον του το οποίο επιδρά στη δομή και στη λειτουργία του. Το περιβάλλον του ΣΥ αποτελείται από τα εξής συστήματα: πολιτικό, κοινωνικό, οικονομικό, οικολογικό και πολιτιστικό. Σύμφωνα με τον Μπουρσανίδη (1993), το ΣΥ αποτελείται από το σύστημα διεύθυνσης – συντονισμού και το σύστημα χρηματοδότησης.

### **2.3. Δομή των Συστημάτων Υγείας**

Η δομή του ΣΥ προσδιορίζεται στη βάση του πως καλύπτονται οι πολίτες απέναντι στον κοινωνικό κίνδυνο της ασθένειας – αρρώστιας, του ατυχήματος και της ανικανότητας. Αν κάλυψη των κοινωνικών αναγκών γίνεται από το κράτος με άξονα αναφοράς την εργασία (δηλαδή καλύπτονται κυρίως οι εργαζόμενοι), τότε γίνεται αναφορά σ' ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (τύπου Bismark). Αν η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών γίνεται από το κράτος και αφορά όλους τους πολίτες στη βάση της λογικής δικαιωμάτων – υποχρεώσεων μεταξύ πολιτών και κράτους, τότε γίνεται αναφορά σ' ένα εθνικό σύστημα υγείας (τύπου Beveridge). Αν ο ρόλος του κράτους στην κάλυψη των κοινωνικών αναγκών στηρίζεται κυρίως στον έλεγχο και στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών μόνο σε ομάδες ατόμων που δεν μπορούν να αγοράσουν αυτές τις υπηρεσίες από την αγορά, τότε γίνεται αναφορά για το φιλελεύθερο σύστημα υγείας (όπου κυριαρχεί η ιδιωτική ασφάλιση υγείας).

Με βάση τον τρόπο οργάνωσης, χρηματοδότησης, παραγωγής και διανομής των ΥΥ, διακρίνονται τρεις βασικές μορφές ΣΥ: το ιδιωτικό, το κρατικό ή δημόσιο και το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Το ιδιωτικό ΣΥ λειτουργεί σε αντιστοιχία με τις δυνάμεις της αγοράς, όπου κυριαρχούν οι ιδιωτικές δαπάνες και οι ΥΥ είναι κατά κανόνα ιδιωτικές. Το κρατικό ΣΥ χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και αποσκοπεί στην ισότιμη και δωρεάν κάλυψη των αναγκών υγείας όλου του πληθυσμού. Τέλος, το ΣΥ κοινωνικής ασφάλισης στηρίζεται στην ύπαρξη διαφορετικών ασφαλιστικών ταμείων (Τούντας, 2002).

### **2.3.1. Φιλελεύθερο σύστημα υγείας – Σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης**

Το κράτος εστιάζει την παρέμβασή του στο να προσφέρει υπηρεσίες υγείας προς αυτούς που δεν μπορούν να τις αγοράσουν από την αγορά. Ειδικότερα το φιλελεύθερο σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από τη λειτουργία ενός συστήματος τιμών το οποίο διαμορφώνει την αγορά και παροχή υπηρεσιών υγείας με κριτήριο τη ζήτηση που εκδηλώνεται σε αυτές. Υπάρχει πλήρης ελευθερία του καταναλωτή, ο οποίος ζητά υπηρεσίες υγείας που τις προσφέρουν οι ιδιώτες παραγωγοί. Ο καταναλωτής για να έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να μπορεί να καταβάλλει την τιμή των υπηρεσιών υγείας που έχει διαμορφωθεί στην αγορά από τη ζήτηση και την προσφορά υπηρεσιών υγείας. Το κράτος καταβάλλει χρήματα για την αγορά ΥΥ για αυτούς που δεν μπορούν να τις αγοράσουν. Οι ΗΠΑ αποτελούν τον σημαντικότερο εκπρόσωπο του φιλελεύθερου συστήματος υγείας. (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα, 2007).

### **2.3.2. Σύστημα κοινωνικής ασφάλισης – Σύστημα τύπου Bismark**

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στηρίχτηκε στο πρότυπο του Bismark ο οποίος θέσπισε στη Γερμανία, το 1880, το πρώτο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης. Οι χώρες ως κυριότεροι εκπρόσωποι αυτού του μοντέλου είναι η Γερμανία και η Γαλλία. Η φιλοσοφία του συστήματος είναι ότι η κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε ΥΥ καλύπτεται στη βάση της λογικής της ασφάλισης. Στη Γερμανία έλαβε τη μορφή της ασφάλισης συγκεκριμένων επαγγελματικών κλάδων, ενώ στη Γαλλία έλαβε τη μορφή ενός ολοκληρωμένου συστήματος ασφάλισης της υγείας, μέσα από τη δημιουργία διαφόρων ασφαλιστικών ταμείων. Τα χαρακτηριστικά του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης – σύστημα τύπου Bismark είναι: η αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης, η συλλογική κάλυψη του πληθυσμού και η χρηματοδότησή του προέρχεται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων. Κριτήριο για την καταβολή των εισφορών είναι το ύψος του εισοδήματος και οι δυνατότητες πληρωμής των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, η υποχρεωτική ασφαλιστική κάλυψη για το σύνολο του πληθυσμού, οι παραγωγικοί

συντελεστές ανήκουν είτε στο Δημόσιο, είτε σε ιδιώτες (οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται στα πλαίσια ενός μεικτού συστήματος) και η έντονη κρατική παρέμβαση που αποσκοπεί στην επίτευξη της μέγιστης δυνατής αποτελεσματικότητας στην προσφορά των υπηρεσιών υγείας (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα, 2007).

### **2.3.3. Εθνικό σύστημα υγείας – Σύστημα τύπου Beveridge**

Το εθνικό σύστημα υγείας (σύστημα τύπου Beveridge) έχει ως κυριότερο εκπρόσωπό του το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μ. Βρετανίας. Το σύστημα αυτό αναπτύχθηκε στη βάση των αρχών του Beveridge. Βασική φιλοσοφική ιδέα του εθνικού συστήματος υγείας είναι η καθολική κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας στη βάση της λογικής του κοινωνικού δικαιώματος των πολιτών. Το εθνικό σύστημα υγείας βασίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη και την ισότιμη κάλυψη των αναγκών των πολιτών ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής κατάστασης.

Τα βασικά χαρακτηριστικά του εθνικού συστήματος υγείας είναι: η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από τη φορολογία, η κάλυψη του πληθυσμού είναι πλήρης και καθολική και γίνεται με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού γίνεται διαχωρισμός των επιπέδων υγείας σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο και η κεντρική και ενιαία χρηματοδότηση είτε από τη φορολογία, είτε από ασφαλιστικές εισφορές (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα, 2007).

### **3. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

#### **3.1. Σκοπός**

Σκοπός της παρούσας εργασίας υπήρξε η διερεύνηση και καταγραφή των Υπηρεσιών Υγείας στην Κύπρο από το 1980 – 2010.

#### **3.2. Στόχοι**

Να αποσαφηνιστούν τα είδη των συστημάτων παροχής ΥΥ που εφαρμόστηκαν στην Κύπρο την τελευταία τριακονταετία.

Να καταγραφούν οι Υπηρεσίες Υγείας που παρέχονται στην Κύπρο.

Να συζητηθεί η αποτελεσματικότητα του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο.

#### **3.3. Μεθοδολογία**

Τα δεδομένα της μελέτης τα αποτέλεσαν στοιχεία από το Υπουργείο υγείας και την Στατιστική Υπηρεσία της Κύπρου. Επίσης αναζητήθηκαν μέσω διαδικτύου στοιχεία της τελευταίας τριακονταετίας στην επίσημη ιστοσελίδα του υπουργείου υγείας και της στατιστικής υπηρεσίας. Συνάμα πάρθηκαν στοιχεία από σχετικές έρευνες και μελέτες οι οποίες διεξήχθησαν στον κυπριακό χώρο, από την επίσημη εφημερίδα της Κυπριακής Δημοκρατίας και οι ετήσιες εκθέσεις του υπουργείου υγείας.

#### **3.4. Αποτελέσματα**

##### **3.4.1. Η ανάπτυξη και η οργάνωση του συστήματος υγείας στην Κύπρο**

Στην Κύπρο, δεν υπάρχει εθνικό σύστημα υγείας (ΕΣΥ) με καθολική κάλυψη του πληθυσμού, αλλά ένας συνδυασμός δημόσιων και ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών (European Observatory on Health Care System 2000). Διάφοροι ιδεολογικοί, πολιτικοί, κοινωνικοοικονομικοί και πολιτισμικοί παράγοντες έχουν καθορίσει σε σημαντικό βαθμό τόσο την τυπολογία και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του Κυπριακού ΣΥ, όσο και τον

τρόπο ανάπτυξης, οργάνωσης, χρηματοδότησης, διαχείρισης και λειτουργίας του. Πέραν των πενήντα ετών μετά από την εφαρμογή του, το Κυπριακό ΣΥ συνεχίζει να προσφέρει σοβαρές υπηρεσίες στον Κύπριο πολίτη, στηριζόμενο στις θεμελιώδεις αρχές του κοινωνικού κράτους πρόνοιας, αναλαμβάνοντας μορφές κοινωνικής πολιτικής, βασισμένο στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και της σχεδιασμένης συλλογικής δράσης, της ελευθερίας, της ωφελιμότητας, της διαθεσιμότητας και της προσπελασιμότητας στην παροχή ΥΥ, με απώτερο στόχο την επίτευξη (ποσοτικά και ποιοτικά) της ευημερίας των πολιτών του και την εξάλειψη, ή τουλάχιστον τη σημαντική μείωση, των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία (Golna et al., 2004).

Παρόλα αυτά, το Κυπριακό ΣΥ παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα και δυσλειτουργίες (Antoniadou, 2005). Οι δυσλειτουργίες αυτές αφορούν σε όλους τους τομείς του, από τη στρατηγική ανάπτυξή του έως τη γραφειοκρατική διοίκηση, την οικονομική διαχείριση, τις παραγόμενες υπηρεσίες, την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα της φροντίδας, το εύρος των παρεχομένων υπηρεσιών, τις σχέσεις με τον ιδιωτικό τομέα και τελικά την ταυτότητά του.

Το Κυπριακό ΣΥ δεν έχει μακρά πορεία ανάπτυξης. Αρχίζει επί Αγγλοκρατίας, όταν εισήχθη το πρώτο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (Beveridge), το 1957. Η πορεία υγειονομικής ανάπτυξης και οργάνωσής του είναι στενά συνδεδεμένη με την ίδια την πορεία ανάπτυξης της Κυπριακής Δημοκρατίας. Οι δυσμενείς πολιτικές και κοινωνικές συνθήκες που επικράτησαν με τις διακοινοτικές διαταραχές, καθώς και την τουρκική εισβολή, επηρέασαν αρνητικά την ανάπτυξη και την οργάνωση του ΣΥ (European Observatory on Health Care System 2000). Επιπρόσθετα, η έλλειψη πολιτικής βούλησης, τα προβλήματα της δημόσιας διοίκησης και η αντίδραση οργανωμένων συμφερόντων καθυστέρησαν τις μεταρρυθμίσεις που θα οδηγούσαν στη δημιουργία ενός ΕΣΥ. Σήμερα, η Κύπρος αποτελεί το μόνο κράτος της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) που στερείται ενός ΕΣΥ, το οποίο να καλύπτει ολόκληρο τον πληθυσμό (Antoniadou, 2005).

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

Στην Κύπρο, δεν υπάρχει εθνικό ΣΥ με καθολική κάλυψη του πληθυσμού, αλλά ένα μείγμα δημόσιων και ιδιωτικών φορέων παροχής (Golna et al., 2004). Στο δημόσιο τομέα, κύρια πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών αποτελεί ο προϋπολογισμός υγείας, μέσω γενικής φορολογίας (μοντέλο Beveridge) (European Observatory on Health Care System



2000). Η πολιτική υγείας του Υπουργείου Υγείας, διέπεται από τη θεμελιακή αρχή ότι το αγαθό «υγεία» είναι κοινωνικό αγαθό ενώ η διασφάλισή του αποτελεί κρατική υποχρέωση και ευθύνη. Βασικό χαρακτηριστικό της πολιτικής αυτής είναι ο αυξημένος κρατικός παρεμβατισμός, η κοινωνική αλληλεγγύη, η καθολική και η πλήρης υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού, η ισότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας και η κατοχύρωση ενός ελάχιστου εισοδήματος για το σύνολο του πληθυσμού μέσω ενός αποτελεσματικού και αποδοτικού συστήματος κοινωνικής προστασίας.

Οι ΥΥ παρέχονται δωρεάν σε πολύτεκνους, ανάπηρους και χρόνιους ασθενείς. Σε δημόσιους υπαλλήλους, κρατικούς αξιωματούχους και στρατιωτικούς οι υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν με μικρή συμπληρωματική πληρωμή. Στον υπόλοιπο πληθυσμό, τα κριτήρια για την παροχή δωρεάν περίθαλψης ή πληρωμής μειωμένων τελών ή όλων των τελών, είναι ανάλογα των εισοδημάτων και της οικογενειακής κατάστασης. Με αυτά τα κριτήρια, σύμφωνα με την ΠΟΥ, καλύπτεται δωρεάν το 80-85% του πληθυσμού. Επομένως, διαπιστώνεται ότι κατά την εφαρμογή του στην πράξη, δεν υπάρχει ισότιμη και καθολική κάλυψη καθώς και πλήρης συμμετοχή των πολιτών στο ΣΥ, αλλοιώνοντας έτσι τις θεμελιώδεις αρχές που το διέπουν, γεγονός που δεν μπορεί να το κατατάξει στην κατηγορία των εθνικών συστημάτων υγείας.

Αναλυτικότερα για την κάλυψη του κόστους ασθένειας υπάρχουν πέντε διαφορετικά συστήματα. Το πρώτο είδος κάλυψης προσφέρεται από το κράτος και αφορά τα άπορα άτομα. Το κράτος προσφέρει δωρεάν κάλυψη σε όσους θεωρούνται φτωχοί με βάση εισοδηματικό κριτήριο (σήμερα με εισόδημα κάτω των 19.500 ευρώ είναι δωρεάν). Τα δικαιούχα άτομα πρέπει να πιστοποιηθούν, για το επίπεδο του εισοδήματος τους από τον κοινοτάρχη κάθε κοινότητας από την οποία προέρχονται ή από τις κοινωνικές ασφαλίσεις. Τα άτομα αυτά δεν καταβάλλουν οποιοδήποτε τίμημα τη στιγμή που λαμβάνουν την εξυπηρέτηση εκτός από το τέλος των 2 ευρώ για εγγραφή αν είναι κάτω της ηλικίας των 65 ετών (Το κράτος δημοσιεύει τα εισοδηματικά κριτήρια που διέπουν το σχέδιο αυτό και αλλάζουν).

Το δεύτερο είδος κάλυψης αφορά εργοδοτούμενους στους οποίους προσφέρεται κάλυψη για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη με σχέδιο που λειτουργούν οι εργοδότες ή τα εργατικά συνδικάτα. Τα σχέδια αυτά είναι είτε δωρεάν με βάση τους όρους εργοδότησης ή έναντι συνεισφοράς που εισπράττεται από τις απολαβές των εργοδοτούμενων. Η δωρεάν κάλυψη χωρίς εισφορές των δικαιούχων προσφέρεται από το κράτος και τους ημικρατικούς οργανισμούς μέσω των όρων εργοδότησης τους. Συνάμα καλύπτονται και τα εξαρτώμενα άτομα των εργοδοτούμενων. Τα σχέδια αυτά καλύπτουν Δημοσίους

Υπαλλήλους και Υπαλλήλους Ημι-κρατικών Οργανισμών. Η κάλυψη από εργοδοτικά σχέδια και σχέδια εργατικών συνδικάτων έναντι καταβολής συνεισφοράς καλύπτει εργοδοτούμενους και τα εξαρτώμενα άτομα των εργοδοτούμενων και προσφέρονται σε εργοδοτούμενους κυρίως μεγάλων εταιρειών του ιδιωτικού τομέα. Το κυριότερο σύστημα είναι αυτό των υπαλλήλων του Τραπεζικού τομέα, μέλη συνδικαλιστικών οργανώσεων (ΠΕΟ, ΣΕΚ και ΔΕΟΚ). Στις περιπτώσεις αυτές ο ασθενής πληρώνει τη στιγμή της εξυπηρέτησης και το σχέδιο καλύπτει είτε ολόκληρο είτε μέρος του κόστους ανάλογα με τις πρόνοιες του κάθε σχεδίου. Δυστυχώς δεν υπάρχουν στοιχεία για τα άτομα που καλύπτονται από αυτά τα σχέδια ούτε και ποσοστά η αριθμούς εργοδοτούμενων.

Ο τρίτος τρόπος κάλυψης του κόστους ασθένειας είναι όταν άτομα θα χρειαστούν ΥΥ προσφεύγουν στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας είτε και/ή στις δημόσιες με πληρωμή του κόστους περίθαλψης από τους ίδιους αποκλειστικά.

Ο τέταρτος τρόπος κάλυψης παρέχεται από Ασφαλιστικά Σχέδια Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης, δηλαδή ο ασφαλιζόμενος πληρώνει σύμφωνα με το σχέδιο και το κόστος ασθένειας καταβάλλεται από την ασφαλιστική εταιρεία ή ο ασθενής πληρώνει το κόστος εξυπηρέτησης και επιστρέφεται είτε όλο είτε μέρος, ανάλογα με το σχέδιο και το είδος της περίθαλψης σ' αυτό.

Ο πέμπτος τρόπος κάλυψης παρέχεται από το κράτος και αφορά κάλυψη προς όλους τους Κύπριους για θεραπεία στο εξωτερικό για ειδικότητες που δεν προσφέρονται στην Κύπρο. Μέσω του σχεδίου αυτού το κράτος καλύπτει το κόστος θεραπείας με εισοδηματικά κριτήρια. Παρέχεται πλήρη κάλυψη για φτωχά άτομα. Το μέρος του κόστους που καλύπτεται μειώνεται με βάση το επίπεδο του εισοδήματος της οικογένειας του ασθενή. Το κράτος δεν καλύπτει το κόστος μετάβασης ούτε τα έξοδα των συνοδών.

Πιθανό, σύμφωνα με την κάλυψη του κόστους ασθένειας από τα πέντε προαναφερθέντα συστήματα, κάποια άτομα να έχουν διπλή και τριπλή κάλυψη. Δυστυχώς δεν υπάρχουν στοιχεία αναφορικά με τον αριθμό των ατόμων που κάθε σύστημα καλύπτει. Τα στοιχεία που υπάρχουν αφορούν μόνο το ωρομίσθιο κυβερνητικό προσωπικό και το ωρομίσθιο προσωπικό ημι-κρατικών οργανισμών και μόνο για το έτος 2010, τα προηγούμενα έτη δεν γινόταν καταγραφή. Συγκεκριμένα το 2010 κάλυπτε 11767 μέλη ωρομίσθιου κυβερνητικού προσωπικού, 171 μέλη ωρομίσθιου προσωπικού ημι-κρατικών οργανισμών, 19082 εξαρτώμενους (ωρομίσθιου κυβερνητικού και ημι-κρατικού προσωπικού) και 2722 συνταξιούχους με 2325 εξαρτώμενους τους (Ετήσια Έκθεση 2010).

### **3.4.2. Η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο**

Η οργάνωση των ΥΥ στην Κύπρο είναι αποκλειστική ευθύνη της κυβέρνησης. Το υπουργείο υγείας είναι ο κύριος φορέας πολιτικής για θέματα υγείας. Χαρακτηριστικά το όραμα του υπουργείου υγείας σύμφωνα με την Ετήσια Έκθεση (2010) είναι η διαφύλαξη της υγείας του πληθυσμού και η παροχή σε αυτόν αναβαθμισμένης ποιοτικά ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, με έλεγχο των δαπανών και ταυτόχρονα σεβασμό των δικαιωμάτων και της προσωπικότητας του ασθενούς. Συνάμα προσδιορίζει πολιτική και είναι υπεύθυνο για την οργάνωση των δημοσίων υπηρεσιών υγείας, που εξυπηρετούν τους πολίτες. Εφαρμόζει σχέδιο αποστολής ασθενών στο εξωτερικό και υλοποιεί όλα τα απαραίτητα μέτρα προληπτικής ιατρικής/δημόσιας υγείας.

Το Υπουργείο Γεωργίας έχει μερικές ευθύνες για θέματα δημόσιας υγείας. Ελέγχει τις γεωργικές και κτηνοτροφικές δραστηριότητες που επηρεάζουν την δημόσια υγεία μέσω της προμήθειας τροφίμων. Στο Υπουργείο Εργασίας ανήκει η ευθύνη για θέματα υγείας του εργατικού δυναμικού και παροχής περίθαλψης στους εργοδοτούμενους μέσω του συστήματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Τέλος στις Τοπικές αρχές ανήκει μέρος της ευθύνης για θέματα δημόσιας υγείας που είναι υπεύθυνες για εφαρμογή μέτρων ελέγχου των υλοστατικών για δημόσια υγεία όπως αποχετεύσεις, εμβολιασμούς, οργάνωση υπηρεσιών υγείας για τους δημότες της κάθε περιοχής.

Η προσφορά των ΥΥ στην Κύπρο παρέχεται από το δημόσιο τομέα, τον ιδιωτικό τομέα και από μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς. Ο δημόσιος τομέας προσφέρει ΥΥ με πρωτοβάθμιες υπηρεσίες, δευτεροβάθμιες υπηρεσίες και τριτοβάθμιες υπηρεσίες. Ο ιδιωτικός τομέας προσφέρει ΥΥ για κέρδος και είναι οργανωμένος με δύο κύριους άξονες. Ο ένας είναι η πρωτοβάθμια και ο άλλος η δευτεροβάθμια/τριτοβάθμια. Οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί προσφέρουν θεραπευτικές υπηρεσίες και υπηρεσίες υποστήριξης σε χρόνιους ασθενείς.

### **3.4.3. Υπηρεσίες υγείας και ανθρώπινο δυναμικό**

Το ανθρώπινο δυναμικό με τη πάροδο των ετών όλο και αυξανόταν. Στον πιο κάτω συνοπτικό πίνακα (πιν. 1) παρουσιάζονται τα στοιχεία σχετικά με το ανθρώπινο δυναμικό από το 1980 έως το 2010. Ο αριθμός των ιατρών κατά το 2010 ανήρχετο στους 2296 σε σύγκριση με το 2008 κατά το οποίο ο συνολικός αριθμός των ιατρών ήταν 2218 και το 2007 ήταν 2143. Ο δημόσιος τομέας αριθμούσε 741 ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων ή

ποσοστό 32,3% και ο ιδιωτικός τομέας 1555 ή ποσοστό 67,7%. Ο αριθμός ατόμων ανά ιατρό ήταν 348 το 2010, 358 το 2008 και 366 για το 2007. Σύμφωνα με τα πιο κάτω δεδομένα (πιν. 1) αυξήθηκαν μακροχρόνια οι γιατροί, οδοντογιατροί, το νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό καταλήγοντας σε μεγάλη βελτίωση των αναλογιών πληθυσμού προς το προσωπικό. Συνάμα παρατηρείται ότι ο κύριος όγκος των ιατρών και οδοντογιατρών είναι συγκεντρωμένοι στον ιδιωτικό τομέα, αλλά δεν συμβαίνει το ίδιο με το νοσηλευτικό προσωπικό, που είναι κυρίως συγκεντρωμένο στο δημόσιο τομέα. Ενώ οι δυο υποτομείς συγκεντρώνουν την ίδια δυναμικότητα σε κλίνες (πιν. 2), 1524 ο ιδιωτικός τομέας και 1516 ο δημόσιος, ο ιδιωτικός τομέας εργοδοτεί νοσηλευτικό προσωπικό που αριθμεί 788 σε σχέση με 3018 στο δημόσιο τομέα. Αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι ο δημόσιος τομέας προσφέρει πολύ καλύτερους όρους εργοδότησης από τον ιδιωτικό, με κυριότερο αυτό της μονιμότητας αλλά και της ψηλότερης αμοιβής.

**Πίνακας 1:** Αριθμός ιατρών, οδοντογιατρών, νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού εργαζόμενοι στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.

Προσωπικό	Τομέας	1980	1990	2000	2010
Ιατροί	Δημόσιος	234	371	512	741
	Ιδιωτικός	326	828	1288	1555
Οδοντογιατροί	Δημόσιος	36	36	33	40
	Ιδιωτικός	125	392	586	717
Νοσηλευτές	Δημόσιος	1427	1858	2200	3018
	Ιδιωτικός	280	620	733	788
Παραϊατρικό προσωπικό	Δημόσιος	324	451	556	1034
	Ιδιωτικός	ΔΥΣ	ΔΥΣ	ΔΥΣ	ΔΥΣ

ΔΥΣ= δεν υπάρχουν στοιχεία

**Πηγή:** Στατιστικές υγείας και Νοσοκομείων, Τμήμα Στατιστικής Κύπρου

Επίσης στο δημόσιο τομέα εργάζονται αρκετοί νοσηλευτές οι οποίοι είναι σε τμήματα που δεν υπάρχουν κλίνες όπως οι κοινοτικοί νοσηλευτές και νοσηλευτές στα κέντρα υγείας. Ωστόσο οι αριθμοί αυτοί δημιουργούν ερωτηματικά για τη δυνατότητα του ιδιωτικού τομέα να λειτουργήσει ικανοποιητικά τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια και κλινικές με βάση τις πρόνοιες της νομοθεσίας για τις αναλογίες κλινών νοσηλευτικού προσωπικού. Σήμερα τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια βασίζονται κυρίως σε ξένο νοσηλευτικό προσωπικό με

ερωτηματικά για την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν. Συνάμα με την ίδρυση ιδιωτικών πανεπιστημίων και νοσηλευτικών σχολών σε αυτά, ήδη το πρόβλημα άρχισε να απαμβλύνεται. Με βάση τη νομοθεσία για τη λειτουργία των νοσηλευτηρίων το πρόβλημα αυτό θα πρέπει να επιλυθεί πριν την εφαρμογή της νομοθεσίας για το εθνικό σχέδιο υγείας.

Σχετικά με τον αριθμό κλινών στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα (πιν. 2) υπάρχει αύξηση και στους δύο τομείς με τον τελευταίο τομέα να έχει την πλειοψηφία τις δύο τελευταίες δεκαετίες. Από το 1980 ο αριθμός των κλινών στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα έφθασε συνολικά στις 3,438. Μετά το 1980 η εξέλιξη στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα πήραν διαφορετική κατεύθυνση. Ενώ ο ιδιωτικός τομέας συνέχισε την ανάπτυξη του και ο αριθμός των κλινών που διέθετε ο ιδιωτικός τομέας έφθασε τις 1637 το 2000 (πιν. 2).

**Πίνακας 2:** Αριθμός κλινών στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.

	1980	1990	2000	2010
<b>Κλίνες στο Δημόσιο</b>	2087	1940	1510	1516
<b>Κλίνες στον Ιδιωτικό</b>	1351	1465	1637	1524
<b>Σύνολο</b>	3438	3405	3147	3040
<b>% καταλήψεως δημόσιο τομέα</b>				
Γενικά νοσοκομεία	73.1%	74.4%	81.4%	85.6%
Νοσοκομείο Αθαλάσσης	90.1%	75.9%	63.9%	62.5%
Αγροτικά νοσοκομεία	39.9%	37.0%	31.4%	55.7%

**Πηγή:** Στατιστικές υγείας και Νοσοκομείων, Τμήμα Στατιστικής Κύπρου

Στον αντίποδα όμως η δυναμικότητα του δημόσιου τομέα μειώθηκε σημαντικά κυρίως λόγω της νέας προσέγγισης στο θέμα της ψυχιατρικής περίθαλψης, που επέτρεψε την απόλυση πολλών ψυχασθενών από τα ψυχιατρικά ιδρύματα και μείωση της διαθέσιμης δυναμικότητας και των τεχνολογικών εξελίξεων που επέτρεψαν τη μείωση της παραμονής των ασθενών στα νοσηλευτήρια.

Η τεχνολογική πρόοδος συνεχίζεται με αποτέλεσμα να σημειωθεί παραπέρα μείωση της δυναμικότητας σε κλίνες κυρίως στον ιδιωτικό αλλά και στον δημόσιο τομέα μεταξύ 2000 και 2010, σαν αποτέλεσμα της δυνατότητας περισσότερων επεμβάσεων μικροχειρουργικής με πολύ περιορισμένη παραμονή στα νοσηλευτήρια. Είναι χαρακτηριστική η μείωση της

μέσης διάρκειας παραμονής των χειρουργημένων ασθενών στα νοσοκομεία του δημόσιου τομέα όπου σημειώθηκε από ένα μέσο όρο 6.8 ημερών το 1990 σε 5.8 ημέρες το 2010 (πιν. 3), για όλες τις κατηγορίες.

**Πίνακας 3:** Αριθμός ατόμων ανά επαγγελματία υγείας

Άτομα ανά	1990	2000	2005	2010
Ιατρό	483	385	384	350
Οδοντίατρο	1354	1121	1041	1061
Νοσηλεύτη	234	237	228	211
Νοσηλευτική κλίνη	170	220	266	264
Νοσηλευτική κλίνη ανά νοσηλεύτη	1.4	1.1	0.9	0.8
Μέσος όρος παραμονής ασθενών (μέρες)	6.8	5.9	6.1	5.8

**Πηγή:** Στατιστικές υγείας και Νοσοκομείων, Τμήμα Στατιστικής Κύπρου

Ταυτόχρονα θα πρέπει όμως να σημειωθεί η διαφορετική φύση των δημόσιων από τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια. Τα δημόσια νοσηλευτήρια είναι λίγα, 9 σε αριθμό (πιν. 4) και μεγάλα σε μέγεθος (μέση δυναμικότητα 168.5 κλίνες ανά νοσοκομείο) και ικανοποιητικά στελεχωμένα και εξοπλισμένα. Αντίθετα τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια είναι μικρά σε δυναμικότητα κλινών και υπο-στελεχωμένα, αφού είναι 87 σε αριθμό (σύνολο 1524 κλίνες) με 738 νοσηλευτές, 50 μαίες και 149 άτομα βοηθητικό προσωπικό. Η εικόνα αυτή σχετικά τα τελευταία χρόνια διαφοροποιήθηκε και δημιουργήθηκαν πιο μεγάλες νοσηλευτικές μονάδες με αναβαθμισμένο εξοπλισμό και στον ιδιωτικό τομέα. Έτσι ο μέσος όρος αριθμού κρεβατιών ανά νοσηλευτήριο του ιδιωτικού τομέα αυξήθηκε από 13 κλίνες που ήταν το 2000 σε 17.5 το 2010. Αριθμοί όμως που εξακολουθούν να δείχνουν μικρό μέγεθος κατά μέσο όρο για τα νοσηλευτήρια του ιδιωτικού τομέα.

**Πίνακας 4:** Κρατικά νοσηλευτήρια και κλίνες το 2010

A/A	Κρατικά νοσηλευτήρια	Αρ. κλινών
1	Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας	414
2	Νοσοκομείο Ειδικοτήτων Αρχ Μακαρίου III, Λευκωσία	193
3	Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού	305
4	Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας	172

5	Γενικό Νοσοκομείο Πάφου	135
6	Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου	70
7	Αγροτικό Νοσοκομείο Κυπερούντας	40
8	Αγροτικό Νοσοκομείο Πόλης Χρυσοχούς	15
9	Νοσοκομείο Αθαλάσσης	172
	<b>Σύνολο</b>	<b>1516</b>

**Πηγή:** Στατιστικές υγείας και Νοσοκομείων, Τμήμα Στατιστικής Κύπρου

Σχετικά με τις δαπάνες ΥΥ (εκ. ευρώ) συνεχώς αυξάνονταν, όμως τα τελευταία χρόνια υπήρξε μια αλματώδης αύξηση των δαπανών με αποτέλεσμα να φτάσουν συνολικά τα €1190.6 εκ. (πιν.5), ποσό που αντιστοιχεί στο 7.1% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (Α.Εγχ.Π.) (πιν.6). Με την πάροδο 30 ετών από συνολικές δαπάνες ΥΥ το 1980 €38.9 εκ. ανήλθαν στα €1190.6 εκ. το 2010, μια αύξηση 30 φορές μεγαλύτερη από τη πρώτη. Ωστόσο η μεγαλύτερη αύξηση των δαπανών ΥΥ σε εκ. ευρώ συνέβηκε τα τελευταία 10 έτη και στους δύο τομείς, ιδιωτικό και δημόσιο. Οι συνολικές δαπάνες αυξήθηκαν από €38.9 εκ το 1980 σε €195.2 εκ. το 1990 σε €573 εκ. το 2000 σε €885.8 εκ. το 2005 και σε €1190.6 εκ. το 2010.

**Πίνακας 5:** Δαπάνες υπηρεσιών υγείας (εκ. ευρώ)

	1980	1990	2000	2005	2010
<b>Δημόσιος τομέας</b>	21.2	78	260.9	409.6	551.3
<b>Ιδιωτικός τομέας</b>	17.7	117.2	312.1	476.2	639.3
<b>Σύνολο</b>	38.9	195.2	573	885.8	1190.6

**Πηγή:** Στατιστικές υγείας και Νοσοκομείων, Τμήμα Στατιστικής Κύπρου

Συνάμα η κατανομή των δαπανών μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα δεν είναι ανάλογη των ποσοστών παροχής υπηρεσιών, με τον ιδιωτικό τομέα να έχει τις μεγαλύτερες δαπάνες ΥΥ αλλά τη μικρότερη προσφορά ΥΥ σε ποσοστό, στον Κύπριο πολίτη, γεγονός που δείχνει ακόμα μια αδυναμία του ΣΥ στη Κύπρο. Το στοιχείο αυτό δείχνει το μέγεθος των δαπανών ΥΥ που επωμίζονται άμεσα τα νοικοκυριά τη στιγμή που αναφέρεται η ανάγκη για δημιουργία και εφαρμογή ΕΣΥ στη Κύπρο. Επίσης, αν και στον ιδιωτικό τομέα οι δαπάνες είναι περισσότερες από τον δημόσιο τομέα, οι νοσηλευτικές

κλίνες τα τελευταία χρόνια είναι σχεδόν ίσες και με πολύ λιγότερους νοσηλευτές και στον ιδιωτικό τομέα βρίσκεται η πλειοψηφία των ιατρών (πιν.1).

**Πίνακας 6:** Δαπάνες υπηρεσιών υγείας σαν ποσοστό του Α.Εγχ.Π.

Ποσοστό του Α.Εγχ.Π.	1980	1990	2000	2005	2010
Δημόσιος τομέας	1.6	1.8	2.6	3.1	3.2
Ιδιωτικός τομέας	1.3	2.7	3.2	3.5	3.9
Σύνολο	2.9	4.5	5.8	6.6	7.1

**Πηγή:** Στατιστικές υγείας και Νοσοκομείων, Τμήμα Στατιστικής Κύπρου

Οι δαπάνες ΥΥ σαν ποσοστό του Α.Εγχ.Π. (πιν. 6 & 7) το κόστος παροχής ΥΥ στην Κύπρο αυξάνεται μακροχρόνια, όπως συμβαίνει σ' όλες στις αναπτυγμένες χώρες. Πιο πρόσφατα ο ρυθμός αύξησης επιταχύνθηκε λόγω της σταδιακής γήρανσης του πληθυσμού, των τεχνολογικών εξελίξεων, της βελτίωσης του βιοτικού επιπέδου, της αύξησης των προσδοκιών του μέσου ατόμου και της οικονομικής ανάπτυξης. Το ποσοστό του Α.Εγχ.Π που απορροφά ο τομέας παρέμεινε σε σχετικά χαμηλά επίπεδα μέχρι το 1990, (μειώθηκε από 3,4% του Α.Εγχ.Π το 1960 σε 2,9% το 1980). Η μεγάλη αύξηση αρχίζει από το 1980 και μετά. Το 1990 φθάνει το 4.5% του Α.Εγχ.Π. για να ανεβεί στο 5,8% το 2000, να φτάσει το 6,6% το 2005 και να συνεχίζοντας την ανοδική πορεία το 2010 απορρόφησε το 7,1% του Α.Εγχ.Π.. Ωστόσο τα παρόντα στοιχεία μπορεί να μην είναι και τα ακριβή στοιχεία σε αριθμούς, αλλά να είναι περισσότερες οι δαπάνες, αφού οι περισσότεροι ιατροί δηλώνουν ότι εκτελούν μικρότερο κύκλο εργασιών από το γενικό κύκλο εργασιών που εκτελούν.

**Πίνακας 7:** Ανάλυση δαπανών υπηρεσιών υγείας 1980-2010

Ανάλυση	1980		1990		2000		2010	
	€χιλ.	% Α.Εγχ.Π	€χιλ.	%	€χιλ.	%	€χιλ.	%
Κυβερνητική δαπάνη Υ.Υ.	11125.0	1.45	40088.0	1.57	100115	1.82	551300	
Ιδιωτική καταναλωτική	10198.6	1.33	64971.0	2.55	215372	3.90	639300	



δαπάνη Υ.Υ.								
1. Ιατρικά κ. φαρμακευτικά προϊόντα	4976.3	0.65	26341.0	-	99209.2		143200	
2. Θεραπευτικός εξοπλισμός	443.0	0.06	4358.0	-	9270.8		21600	
3. Ιατρικές οδοντιατρικές κ άλλες ιατρικές υπηρεσίες	2527.9	0.33	22295.0		69162.0		313200	
4. νοσοκομειακή ή φροντίδα	1961.7	0.25	10777.0		33045.0		103900	
5. υπηρεσίες για δυστυχήματα	289.7	0.04	1200.0		4685.0		26700	
<b>Σύνολο</b>	<b>21323.6</b>	<b>2.78</b>	<b>105059.0</b>	<b>4.1</b>	<b>315487.0</b>	<b>5.7</b>	<b>1190600</b>	<b>7.1</b>
<b>Σύνολο Α.Εγχ.Π.</b>	<b>767700.0</b>	<b>0</b>	<b>2551500.0</b>	<b>0</b>	<b>5514900.0</b>	<b>0</b>	<b>1685300</b>	<b>0</b>

**Πηγή:** Στατιστικές υγείας και Νοσοκομείων, Τμήμα Στατιστικής Κύπρου

Σχετικά με τον αριθμό επισκέψεων εξωτερικών ασθενών (πιν. 8 & 9) στα κρατικά νοσοκομεία κατά το 2010 πραγματοποιήθηκαν στα εξωτερικά ιατρεία των διαφόρων νοσοκομείων και κέντρων υγείας 1.819.169 επισκέψεις ασθενών, σε σύγκριση με 703715 κατά το 2000, σημειώνοντας μια τεράστια αύξηση. Για τον ιδιωτικό τομέα δεν υπάρχουν καταγεγραμμένα στοιχεία με τον αριθμό επισκέψεων εξωτερικών ασθενών. Οι επισκέψεις των εξωτερικών ασθενών κατά το 2010 στα γενικά νοσοκομεία αντιστοιχούσαν στο 47.8% του συνόλου, στα αγροτικά νοσοκομεία 3.3%, στα κέντρα υγείας 48.9% και στα ειδικά νοσοκομεία 0.02%. Μεταξύ των νοσοκομείων οι περισσότερες επισκέψεις πραγματοποιήθηκαν στα εξωτερικά ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας με ποσοστό 23.4%, κάτι που είναι αναμενόμενο αφού είναι και η μεγαλύτερη πόλη σε πληθυσμό. Όμως ανά επαρχία, η Λευκωσία, η Αμμόχωστος και η Πάφος είχαν μεγαλύτερα ποσοστά επισκέψεων εξωτερικών ασθενών σε σύγκριση με τον πληθυσμό της επαρχίας τους που ήταν 39.3%, 5.6% και 9.7% αντίστοιχα. Γενικά σε όλα τα νοσοκομεία υπήρχε μια συνεχής αύξηση των επισκέψεων ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία εκτός από το

νοσοκομείο της Λάρνακας που είχε μια σημαντική μείωση κατά το 2010, όμως αυτό οφείλεται στην έναρξη της λειτουργίας το 2006 του Γενικού Νοσοκομείου Αμμοχώστου.

Ο αριθμός των επισκέψεων κατά το 2010 ανά ειδικότητα η γενική ιατρική έχει το μεγαλύτερο ποσοστό επισκέψεων 12.9% και ακολουθούν η Ειδική Παθολογία 12.0%, η Καρδιολογία 11.0%, η Παιδιατρική 8.7%, η Γυναικολογική-Μαιευτική 8.0%, η Ορθοπαιδική 7.6%, η Γενική Χειρουργική 5.4%, η Οφθαλμολογία 5.2% και διάφορες άλλες 29.2%. οι επισκέψεις των γυναικών ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία ήταν κατά πολύ περισσότερες από αυτές των ανδρών με ποσοστό 58.1% του συνόλου έναντι 37.1% αντίστοιχα. Σε ποσοστό 4.8% του συνόλου δεν δηλώθηκε το φύλο.

**Πίνακας 8:** Αριθμός επισκέψεων εξωτερικών ασθενών κατά νοσοκομείο 1980-2010

	1980	1990	2000	2010
Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας	79459	282605	240900	203726
Νοσ. Ειδικοτήτων Αρχ Μακαρίου Γ, Λ/σία*	-	58797	75373	93431
Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού	45476	162484	191008	190968
Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας	31035	137414	166381	113386
Γενικό Νοσοκομείο Πάφου	39131	80523	133126	174503
Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου**	-	-	-	93340
<b>Σύνολο</b>	<b>195101</b>	<b>721823</b>	<b>950244</b>	<b>869354</b>

\*= έναρξη λειτουργίας 01/01/1985

\*\*= έναρξη λειτουργίας 23/01/2006

Πηγή: Στατιστικές υγείας και Νοσοκομείων, Τμήμα Στατιστικής Κύπρου

**Πίνακας 9:** Αριθμός επισκέψεων εξωτερικών ασθενών κατά ειδικά νοσοκομεία και αγροτικά υγειονομικά κέντρα 1980-2010

	1980	1990	2000	2010
Ειδικά νοσηλευτήρια	4858	6256	2728	363
Αγροτικά νοσηλευτήρια	44426	78826	97613	60339
Αγροτικά υγειονομικά κέντρα	177090	240542	326835	889113
<b>Σύνολο</b>	<b>226374</b>	<b>325624</b>	<b>427176</b>	<b>949815</b>

Πηγή: Στατιστικές υγείας και Νοσοκομείων, Τμήμα Στατιστικής Κύπρου

Σχετικά με τον αριθμό χειρουργικών επεμβάσεων (πιν. 10) κατά νοσοκομείο το 2010 πραγματοποιήθηκαν σε όλα τα νοσοκομεία 30342 εγχειρήσεις σε εσωτερικούς και

εξωτερικούς ασθενείς σε σύγκριση με 33810 το 2008 και 27699 το 2007. σημειώνοντας μια σημαντική μείωση 10.3%. Στο σύνολο ο αριθμός των χειρουργικών επεμβάσεων συνεχώς αυξάνετε, αλλά δεν αυξάνετε σε όλα τα νοσοκομεία. Η μείωση του αριθμού των χειρουργικών επεμβάσεων στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας το 1990 υπήρξε κυρίως λόγω της έναρξης της λειτουργίας τα προηγούμενα χρόνια του Νοσοκομείου Ειδικοτήτων Αρχιεπισκόπου Μακαρίου Γ' το οποίο είναι και αυτό στη Λευκωσία.

Το μεγαλύτερο μερίδιο με ποσοστό 29.3% του συνόλου των εγχειρήσεων το είχε το Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, το οποίο είναι και το μεγαλύτερο, και ακολουθεί το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού με 23.8%, το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας με 19.1%, το Νοσοκομείο Ειδικοτήτων Αρχιεπισκόπου Μακαρίου Γ' με 15.7%, το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου με 8.9% και το Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου με 3.2%. Κατά ειδικότητα οι εγχειρήσεις της γενικής χειρουργικής κατέχουν την πρώτη θέση με ποσοστό 24.8%, της ορθοπεδικής με 19.1% και της γυναικολογικής-μαιευτικής με 14.9%. Οι εγχειρήσεις της ουρολογίας, οφθαλμολογίας, ωτορινολαρυγγολογίας και άλλες αριθμούν το 41.2% του συνόλου των εγχειρήσεων που έγιναν στα κρατικά νοσηλευτήρια. Σχετικά με τον ιδιωτικό τομέα δεν υπάρχουν στατιστικά στοιχεία.

**Πίνακας 10:** Αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων κατά νοσοκομείο 1980-2010

	1980	1990	2000	2010
Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας	6002	1301	14768	8897
Νοσ Ειδικοτήτων Αρχ Μακαρίου Γ, Λευκωσία	-	4560	5809	4773
Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού	3709	4025	5621	7261
Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας	3251	3990	5883	5783
Γενικό Νοσοκομείο Πάφου	1370	2215	1861	2699
Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου	-	-	-	974
<b>Σύνολο</b>	<b>14332</b>	<b>24091</b>	<b>33942</b>	<b>30342</b>

**Πηγή:** Στατιστικές υγείας και Νοσοκομείων, Τμήμα Στατιστικής Κύπρου

Ο καταμερισμός των κλινών κατά νοσοκομείο (πιν. 11) από το 1980-2010 έχει σημαντικές αλλαγές με την σημαντικότερη να είναι αυτή στο Γενικό Νοσοκομείο Πάφου, με μια σημαντική μείωση των κλινών συγκριτικά το 1980 είχε 120 κλίνες ενώ το 1990

μειώθηκαν στις 98. και τα επόμενα χρόνια υπήρξε μια σταδιακή αύξηση ώστε να φτάσουν σχεδόν στον ίδιο αριθμό κλινών με την αρχική δυναμικότητα που είχε το 1980.

**Πίνακας 11:** Καταμερισμός κλινών κατά νοσοκομείο 1980-2010

	1980	1990	2000	2010
Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας	545	368	389	437
Νοσ Ειδικοτήτων Αρχ Μακαρίου Γ, Λευκωσία	-	176	194	191
Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού	271	268	267	328
Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας	154	144	156	163
Γενικό Νοσοκομείο Πάφου	120	98	108	122
Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου	-	-	-	60
<b>Σύνολο</b>	<b>1090</b>	<b>1054</b>	<b>1114</b>	<b>1301</b>

**Πηγή:** Στατιστικές υγείας και Νοσοκομείων, Τμήμα Στατιστικής Κύπρου

Σχετικά με τον αριθμό των νοσηλευθέντων ασθενών (πιν. 12) στα κρατικά νοσηλευτήρια κατά το 2010 εισάχθηκαν 69612 ασθενείς συγκριτικά με 66.429 το 2008, σημειώθηκε αύξηση 4.8%. Συνάμα νοσηλευτήκαν και απολύθηκαν 793 ασθενείς από το αγροτικό νοσοκομείο Κυπερούντας το 2010 σε σύγκριση με 854 το 2008. σημειώνοντας μείωση 2.1%. Όλα τα νοσοκομεία είχαν αύξηση σε όλα τα έτη των εσωτερικών ασθενών χωρίς τη παραμικρή μείωση σε κανένα νοσοκομείο, εξαιρουμένου του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας λόγω της λειτουργία του Νοσ Ειδικοτήτων Αρχ Μακαρίου Γ'. Κατά το 2010 νοσηλευτήκαν και απολύθηκαν 28.4%, από το σύνολο, στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας. Τα νοσοκομεία της Λευκωσίας είχαν μεγαλύτερο ποσοστό εσωτερικών ασθενών σε σύγκριση με το τον αντίστοιχο πληθυσμό της επαρχίας τους που ήταν 39.3%, ενώ τα Νοσοκομεία Λεμεσού, Λάρνακας, Μακάριος Γ' και Αμμοχώστου είχαν μικρότερο ποσοστό εσωτερικών ασθενών από το ποσοστό πληθυσμού τους που ήταν 28.7%, 16.7% και 5.6% αντίστοιχα. Το Γενικό νοσοκομείο Πάφου είχε το ίδιο ποσοστό εσωτερικών ασθενών σε σύγκριση με τον αντίστοιχο πληθυσμό της επαρχίας του που ήταν 9.7%. Οι περισσότεροι ασθενείς νοσηλευτήκαν στο τμήμα της παθολογίας με ποσοστό 16.7% και ακολουθούν της παιδιατρικής με 14.5%, της Γενικής χειρουργικής με 13.4%, της ορθοπεδικής με 9.3%, της Μονάδας Εντατικής Παρακολούθησης-Καρδιολογίας με 9.2%, της Μαιευτικής με 6.7%, της Γυναικολογίας με 5.8% και στα διάφορα άλλα 24.4%.

**Πίνακας 12:** Εισαχθέντες και απολυθέντες ασθενείς κατά νοσοκομείο 1980-2010

	1980		1990		2000		2010	
	εισαχθέντες	Απολυθέντες	Εισαχθέντες	Απολυθέντες	Εισαχθέντες	απολυθέντες	εισαχθέντες	απολυθέντες
Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας	16536	16071	13240	13179	18251	18228	19937	19999
Νοσ Ειδικοτήτων Αρχ Μακαρίου Γ, Λ/σία	-	-	8600	8617	10368	10328	9470	10915
Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού	9395	9169	11481	11586	16487	16466	21248	19209
Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας	6332	6236	7638	7638	9287	9319	10433	8975
Γενικό Νοσοκομείο Πάφου	4507	4294	4529	4494	6913	6937	7894	6814
Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου	-	-	-	-	-	-	3711	3700
<b>Σύνολο</b>	<b>36770</b>	<b>35770</b>	<b>45488</b>	<b>45515</b>	<b>61306</b>	<b>61278</b>	<b>72693</b>	<b>69612</b>

**Πηγή:** Στατιστικές υγείας και Νοσοκομείων, Τμήμα Στατιστικής Κύπρου

Για όλα τα γενικά νοσοκομεία ο συντελεστής καταλήψεως κλινών % κατά νοσοκομείο και τμήμα (πιν. 13 & 14) συνεχώς αυξανόταν. Για όλα τα νοσοκομεία ο συντελεστής καταλήψεως κλινών κατά το 2010 ήταν 85.6% σε σύγκριση με 88.2% το 2008 και τα προηγούμενα χρόνια. Κυμαίνεται από 61.2% για το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου μέχρι 95.5 για το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού. Ωστόσο η αύξηση δεν ήταν σταδιακή σε όλα τα νοσοκομεία αφού σε όλα υπήρχαν αυξομειώσεις, εκτός του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας. Ο συντελεστής καταλήψεως κλινών για το αγροτικό νοσοκομείο Κυπερούντας ήταν κατά το 2010 55.7%.

**Πίνακας 13:** Συντελεστής καταλήψεως κλινών % κατά νοσοκομείο και τμήμα 1980-2010

	1980	1990	2000	2010
Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας	73.7	80.5	83.9	85.2
Νοσ Ειδικοτήτων Αρχ Μακαρίου Γ, Λευκωσία	-	73.7	81.8	71.6
Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού	74.2	67.2	87.9	95.5
Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας	74.8	79.0	77.2	94.9
Γενικό Νοσοκομείο Πάφου	65.8	65.1	61.2	75.8
Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου	-	-	-	73.6
<b>Σύνολο</b>	<b>73.1</b>	<b>73,1</b>	<b>81.4</b>	<b>85.6</b>

**Πηγή:** Στατιστικές υγείας και Νοσοκομείων, Τμήμα Στατιστικής Κύπρου

**Πίνακας 14:** Συντελεστής καταλήψεως κλινών % κατά ειδικά νοσοκομεία και αγροτικά νοσοκομεία και αγροτικά υγειονομικά κέντρα 1980-2010

	1980	1990	2000	2010
Ειδικά νοσηλευτήρια	88.9	75.9	63.9	62,5
Αγροτικά νοσηλευτήρια	39.9	28	31.4	55,7
Αγροτικά υγειονομικά κέντρα	0.6	0	-	0

**Πηγή:** Στατιστικές υγείας και Νοσοκομείων, Τμήμα Στατιστικής Κύπρου

Ο μέσος όρος παραμονής των ασθενών σε όλα τα γενικά νοσοκομεία κατά το 2010 ήταν 5.7 μέρες ενώ το 2008 ήταν 5.4 μέρες. Γενικά όμως από τα στοιχεία στο πίνακα 15 φαίνεται ότι συνολικά υπήρξε μια γενική μείωση του μέσου όρου παραμονής των ασθενών στα κρατικά νοσοκομεία. Στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας σημειώθηκε ο μεγαλύτερος μέσος όρος παραμονής των ασθενών και ο μικρότερος στο Γενικό της Πάφου. Ο μέσος όρος παραμονής στα αγροτικά νοσοκομεία ήταν κατά το 2010 ήταν 8.1 μέρες, σχετικά αρκετά ψηλός μέσος όρος σε σύγκριση με τα γενικά νοσοκομεία. Σχετικά με τη κατηγορία των ασθενών με το μεγαλύτερο μέσο όρο παραμονής κατά το 2010 ήταν η κατηγορία των τραυμάτων, δηλητηριάσεων και συγκεκριμένα επακόλουθα από εξωτερικές αιτίες με 11.5% επί του συνόλου των απολυθέντων ασθενών από τα γενικά νοσοκομεία. ακολουθούν οι ασθένειες του κυκλοφορικού συστήματος με 9.0%, του αναπνευστικού συστήματος με 7.9%, του πεπτικού συστήματος με 7.6%, τα νεοπλάσματα 6.6%, η κατηγορία κήση, τοκετός και λοχειά 6.3% και οι ασθένειες του ουροποιογεννητικού

συστήματος 6.1%. Όλες οι υπόλοιπες κατηγορίες συγκεντρώνουν ποσοστό 45% επί του συνόλου.

Το 2010 από το σύνολο των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στα γενικά νοσοκομεία 51.8% ήταν άντρες και 48.2% γυναίκες. Οι ομάδες ηλικιών 55 και άνω καθώς και κάτω του ενός χρόνου παρουσίασαν το μεγαλύτερο μέσο όρο παραμονής στα νοσοκομεία. Η μεγαλύτερη συχνότητα θανάτων παρουσιάστηκε μεταξύ των ασθενών των ομάδων ηλικίας 65 ετών και άνω. Οι ασθένειες όπως ορισμένες καταστάσεις που αφορούν τις διανοητικές διαταραχές και διαταραχές στη συμπεριφορά, την περιγεννητική περίοδο, νεοπλάσματα, ασθένειες του μυοσκελετικού συστήματος και συνδετικού ιστού και ασθένειες του κυκλοφορικού συστήματος έχουν γενικά μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο από άλλες ασθένειες.

Από το σύνολο των ασθενών που απολύθηκαν από τα γενικά νοσοκομεία και αγροτικά κέντρα 54.6% παρέμειναν για νοσηλεία μέχρι 3 μέρες, 27.5% από 5-7 μέρες, 12.1% από 8-14 μέρες, 4.4% από 15-30 μέρες και 1.5% περισσότερο από 30 μέρες.

Μεταξύ των ασθενών μικρής ηλικίας παρουσιάζονται κατά μεγάλο μέρος λοιμώδεις και παρασιτικές ασθένειες, ενώ άλλες ασθένειες όπως νεοπλάσματα, ασθένειες των οφθαλμών και εξαρτημάτων και ασθένειες του κυκλοφορικού συστήματος παρουσιάζονται στις μεγαλύτερες ομάδες ηλικιών. Ασθένειες του πεπτικού συστήματος, του αναπνευστικού, τραύματα και δηλητηριάσεις παρουσιάζουν λίγο πολύ μεταξύ όλων των ομάδων ηλικιών.

**Πίνακας 15:** Μέσος όρος παραμονής (μέρες) κατά νοσοκομείο 1980-2010

	1980	1990	2000	2010
Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας	8.9	9.6	8.1	7.1
Νοσ Ειδικότητας Αρχ Μακαρίου Γ. Λευκωσία	-	5.9	5.6	6.0
Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού	6.8	6.5	5.2	4.9
Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας	6.8	6.5	5.1	5.1
Γενικό Νοσοκομείο Πάφου	6.7	6.3	3.9	4.2
Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου	-	-	-	4.3
<b>Σύνολο</b>	<b>7.7</b>	<b>6.96</b>	<b>5.9</b>	<b>5.6</b>

**Πηγή:** Στατιστικές υγείας και Νοσοκομείων, Τμήμα Στατιστικής Κύπρου

Ο δημόσιος τομέας κατά το 2010 αριθμούσε 741 ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων. Η πλειοψηφία εξ' αυτών 306 συνολικά εργαζόνταν στην επαρχία Λευκωσίας, οι 163 στη

Λεμεσό, οι 117 στη Λάρνακα, οι 84 στην Πάφο και 41 στην Αμμόχωστο. Σε όλες τις επαρχίες ο αριθμός των ιατρών στο δημόσιο τομέα συνεχώς αυξανόταν (πιν. 16).

**Πίνακας 16:** Ιατρικό προσωπικό κατά επαρχία 1980-2010

	1980	1990	2000	2010
Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας	118	171		
Νοσ Ειδικοτήτων Αρχ Μακαρίου Γ, Λευκωσία	-	11	242	306
Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού	44	72	97	163
Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας	35	55	78	117
Γενικό Νοσοκομείο Πάφου	24	33	55	84
Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου	7	12	15	41
<b>Σύνολο</b>	<b>288</b>	<b>354</b>	<b>489</b>	<b>711</b>

**Πηγή:** Στατιστικές υγείας και Νοσοκομείων, Τμήμα Στατιστικής Κύπρου

Ο δημόσιος τομέας κατά το 2010 αριθμούσε συνολικά 2540 νοσηλευτές διαφόρων βαθμίδων. Η πλειοψηφία εξ' αυτών 1219 συνολικά εργαζόνταν στην επαρχία Λευκωσίας, οι 589 στη Λεμεσό, οι 323 στη Λάρνακα, οι 271 στην Πάφο και 138 στην Αμμόχωστο. Σε όλες τις επαρχίες ο αριθμός των νοσηλευτών στο δημόσιο τομέα συνεχώς αυξανόταν (πιν. 17).

**Πίνακας 17:** Νοσηλευτικό προσωπικό κατά επαρχία 1980-2010

	1980	1990	2000	2010
Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας				
Νοσ Ειδικοτήτων Αρχ Μακαρίου Γ, Λ/σία	223	707	847	1219
Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού	-	325	409	589
Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας	-	209	288	323
Γενικό Νοσοκομείο Πάφου	5	145	194	271
Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου	-	25	33	138
<b>Σύνολο</b>	<b>228</b>	<b>1411</b>	<b>1771</b>	<b>2540</b>

**Πηγή:** Στατιστικές υγείας και Νοσοκομείων, Τμήμα Στατιστικής Κύπρου



Ο δημόσιος τομέας κατά το 2010 αριθμούσε συνολικά 1032 άτομα παραϊατρικό προσωπικό διαφόρων ειδικοτήτων και βαθμίδων (πιν. 18).

**Πίνακας 18:** Παραϊατρικό προσωπικό κατά ειδικότητα 1980-2010

Ειδικότητα	1980	1990	2000	2010
Φαρμακοποιοί	84	96	120	179
Υγειονομικοί Επιθεωρητές	62	60	68	52
Υγειονομικοί Λειτουργοί				39
Φυσιοθεραπευτές	20	30	36	75
Βοηθ.οδοντιατρίου	31	35	37	39
Ακτινογράφοι	43	64	79	120
Εργασιοθεραπευτές	16	16	18	31
Κλινικοί ψυχολόγοι		6	13	47
Διαιτολόγοι		3	5	7
Ιατροφυσικοί		5	5	8
Τεχνολόγοι εργαστηρίων Ισοτόπων		4	7	12
Τεχνολόγοι νοσοκομειακών εργαστηρίων	44	54	76	243
Εργαστηριακοί λειτουργοί & Τεχνολόγοι θαλασσαιμίας		9	12	10
Εργασιοθεραπευτές		16	18	
Χημικοί		15	17	39
Τεχνικοί χημείου		30	41	59
Άλλοι	24	24	22	72
<b>Σύνολο</b>		<b>451</b>	<b>556</b>	<b>1032</b>

**Πηγή:** Στατιστικές υγείας και Νοσοκομείων, Τμήμα Στατιστικής Κύπρου

Το ιατρικό προσωπικό το οποίο εργαζόταν στον ιδιωτικό τομέα κατά ειδικότητα (πιν. 19) στις περισσότερες ειδικότητες παρουσιάζει αύξηση. Για το έτος 2010 δεν υπάρχουν στοιχεία σχετικά με τις ειδικότητες των ιατρών στον ιδιωτικό τομέα, μόνο ο συνολικός αριθμός που έχει αναφερθεί προηγουμένως και είναι 1555. Ωστόσο παρουσιάζετε μια συνεχείς αύξηση στο ιατρικό προσωπικό το οποίο εργαζόταν στον ιδιωτικό τομέα κατά ειδικότητα.

**Πίνακας 19:** Ιατρικό προσωπικό ιδιωτικού τομέα κατά ειδικότητα 1980-2010

Ειδικότητα	1980	1990	2000	2010
Παθολόγος		106	109	-
Καρδιολόγος	34	16	56	-
Γεν χειρουργός	23	50	70	-
Ουρολόγος	5		20	-
Νευροχειρουργός	1	4	9	-
Θωρακοχειρουργός	1			-
Ορθοπαιδικός	14		53	-
Γυναικολόγος-μαιευτήρας	45	91	112	-
Παιδίατρος	32		186	-
Οφθαλμίατρος	8		56	-
Ω.Ρ.Λ.	16	28	40	-
Αναισθησιολόγος	7	16	38	-
Ακτινολόγος	9		35	-
Γεν. παθολόγος	102	68	156	-
Παθολογοανατόμος	2		6	-
Δερματολόγος	8	8	55	-
Ειδ. Στηθικών νοσημάτων	2	1	10	-
Ψυχίατρος			23	-
Νευρολόγος	11	9	19	-
Μικροβιολόγος	5	10	33	-
Οστεοπαθολόγος	1			-
Ενδοκρινολόγος		3	13	-
Γαστρεντερολόγος		10	20	-
Αιματολόγος		1	3	-
Ομοιοπαθητικός		1		-
Ογκολόγος				-
Νεφρολόγος		1	1	-
Άλλοι			111	-
<b>Σύνολο</b>	<b>326</b>	<b>828</b>	<b>1274</b>	<b>1555</b>

**Πηγή:** Στατιστικές υγείας και Νοσοκομείων, Τμήμα Στατιστικής Κύπρου

Η υγεία του Κυπριακού πληθυσμού βρίσκεται σε υψηλό επίπεδο, γεγονός που επιβεβαιώνεται από τους Δείκτες Υγείας. Το 2008/09 το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη

γέννηση, ήταν λίγο χαμηλότερο από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, για τους άνδρες 77,9 έτη και για τις γυναίκες 82,4 έτη, περίπου το ίδιο με αυτό της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Από τους συγκριτικούς δείκτες υγείας (πιν. 20) φαίνεται και η πρόοδος στην παροχή των ΥΥ συνολικά στην Κύπρο αν και υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης αφού δεν υπάρχει ένα ΕΣΥ το οποίο θα καλύπτει όλο τον κυπριακό πληθυσμό.

**Πίνακας 20:** Συγκριτικοί δείκτες υγείας 1980-2010

Έτος	Αρ. προσώπων ανά ιατρό	Αρ. προσ. ανά οδοντίατρο	Αρ. προσ. ανά νοσηλεύτη	Αρ. προσώπων ανά κλίνη	Αρ. κλινών ανά νοσηλεύτη	Αρ. κλινών ανά 10000 πρόσωπα
1980	912	2805	270	148	1.8	67.6
1981	861	2768	269	146	1.8	68.6
1982	779	2571	249	149	1.7	67.3
1983	718	2396	243	149	1.6	67.2
1984	671	2285	249	149	2.1	67.1
1985	640	1798	251	160	2.0	62.4
1986	601	1659	248	162	2.0	60.9
1987	555	1480	243	165	1.9	60.7
1988	516	1409	239	165	1.9	60.7
1989	482	1356	231	166	1.8	60.4
1990	476	1335	231	168	1.8	59.6
1991	457	1253	233	170	1.8	58.7
1992	428	1213	232	176	1.7	56.9
1993	433	1253	235	191	1.6	52.4
1994	415	1203	233	195	1.5	51.2
1995	404	1182	227	195	1.6	51.4
1996	392	1121	224	198	1.6	50.5
1997	379	1102	222	210	1.4	47.6
1998	368	1077	213	215	1.4	46.6
1999	365	1054	208	216	1.3	46.2
2000	372	1081	228	213	1.4	47.0
2001	381	1106	237	229	1.4	43.7
2002	381	1092	237	229	1.4	43.6
2003	384	1074	235	234	1.3	42.8
2004	375	1058	227	240	1.2	41.7

<b>2005</b>	384	1041	228	266	1.1	37.6
<b>2006</b>	395	1078	229	269	0.9	37.2
<b>2007</b>	366	1086	223	269	0.8	37.1
<b>2008</b>	358	1067	219	266	0.8	37.5
<b>2009</b>	348	1056	217	263	0.8	38.0

**Πηγή:** Στατιστικές υγείας και Νοσοκομείων, Τμήμα Στατιστικής Κύπρου

#### 4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σε όλες τις χώρες του δυτικού πολιτισμού τα ΣΥ αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα, αν και διαφέρουν μεταξύ τους σε πολλούς τομείς αλλά και στη φιλοσοφία που τα διέπει. Τα σύνθετα αποτελέσματα της αυξήσεως του αριθμού των ανθρώπων που ζουν ως τα βαθιά γεράματα και οι μεγάλες πρόοδοι στην τεχνολογία μεταφράζονται σε μεγαλύτερη ζήτηση για ΥΥ και μεγαλύτερη δυνατότητα για παρέμβαση με διαγνωστικές εξετάσεις, νέες χειρουργικές μεθόδους και νέα ακριβά φάρμακα, κάτι που ισχύει και για τα κυπριακά δεδομένα. Σαν αποτέλεσμα των επιδράσεων αυτών δημιουργούνται πληθωριστικές τάσεις, που χωρίς προσεκτική διεύθυνση και διαχείριση μπορεί τα ΣΥ να χρεοκοπήσουν, τόσο τα ιδιωτικά όσο και τα κρατικά.

Στην Κύπρο οι επιδράσεις αυτές είναι φανερές και επενεργούν σε συνδυασμό με την ύπαρξη υπεράριθμων ιατρών και υπηρεσιών σε ένα κατακερματισμένο ΣΥ τόσο στην χρηματοδότηση όσο και στην παροχή. Ενώ η δαπάνη στην Κύπρο για ιατρική φροντίδα παρουσιάζεται μέτρια, σε ποσοστό περίπου 6.1% του ΑΕγχΠ, το ετήσιο ύψος της αύξησης της δαπάνης υγείας είναι 2% μεγαλύτερο απ' εκείνο της αύξησης του ΑΕγχΠ. Κατά συνέπεια αν δεν επινοηθούν νέα μέτρα που να αποβλέπουν στον έλεγχο της ζήτησης και προσφοράς ΥΥ, ένα αυξανόμενο μέρος του ΑΕγχΠ θα καταναλώνεται από τον τομέα αυτό και η ανεπάρκεια και η ανισότητα θα παραμένουν αδιόρθωτα.

Τα προβλήματα που παρατηρούνται στον τομέα της παροχής ΥΥ είναι ότι η ζήτηση ΥΥ αυξάνεται καθώς ο πληθυσμός γηράσκει, τα εισοδήματα αυξάνονται και γίνεται εισαγωγή μιας ραγδαίας αναπτυσσόμενης τεχνολογίας. Ο τομέας των προμηθευτών του ΣΥ δεν είναι αρκετά καλά οργανωμένος για να ανταποκριθεί στην προβλεπόμενη αύξηση της ζήτησης των ΥΥ. Το ΣΥ είναι κατακερματισμένο, με λίγη συνοχή στη παροχή ιατρικής φροντίδας και με ελάχιστη επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των ιατρών γενικά ή των ιατρών του ιδιωτικού τομέα με τους ιατρούς του δημόσιου τομέα. Πολύ λίγοι πόροι διατίθενται για την πρόληψη των ασθενειών και δεν υπάρχει οργανωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας. Μεγάλο μέρος του πληθυσμού, που δικαιούται δωρεάν ΥΥ στο δημόσιο τομέα, επιλέγει τον ιδιωτικό τομέα λόγω του μεγάλου χρόνου αναμονής και των άλλων ποιοτικών ελλείψεων του δημόσιου τομέα. Αν και αυτό όπως ήδη έχει προαναφερθεί έχει σαν αποτέλεσμά κάποιο βαθμό ανισότητας όσο αφορά τη χρηματοδότηση και την πρόσβαση στις ΥΥ. Υπάρχει σοβαρή ανεπάρκεια και στους δύο τομείς (ιδιωτικό και δημόσιο). Η διεύθυνση των ΥΥ τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο

δημόσιο τομέα γενικά είναι επιφανειακή και πολύ λίγα δεδομένα υπάρχουν σχετικά με τις δαπάνες διαχείρισης ή με τα αποτελέσματα της προσφερόμενης ιατρικής φροντίδας. Υπάρχει μια σχεδόν παντελής έλλειψη καθορισμένων επιπέδων και κανονισμών των υφιστάμενων ΥΥ. Τέλος δεν υπάρχει σύστημα κλινικού ελέγχου ή διασφάλισης της ποιότητας.

Μελετώντας τα διεθνή και διάφορα ΣΥ μπορεί να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι ένα ΣΥ προσαρμοζόμενο στα κυπριακά δεδομένα θα πρέπει να περιλαμβάνει την υποχρεωτική και καθολική κάλυψη των πολιτών ώστε να αποφευχθεί δυσμενής επιλογή και να προωθηθεί η συλλογική αντιμετώπιση των κινδύνων (pooling of risks). Επίσης η συνεισφορά των πολιτών να είναι ανάλογη με τις οικονομικές δυνατότητες τους ώστε να διασφαλίζεται η ισότητα. Να υπάρχει ελεγχόμενος συναγωνισμός μεταξύ των προμηθευτών ΥΥ ώστε να προάγεται η αποδοτικότητα και περιορισμένος βαθμός επιλογής του καταναλωτή/χρήστη σχετικά με τις προσφερόμενες ΥΥ που καλύπτονται από το ΣΥ. Τέλος, έμφαση στον έλεγχο τόσο στον τομέα προσφοράς όσο και στον τομέα ζήτησης σαν μέσο περιορισμού του κόστους.

Η διαφύλαξη της υγείας του πληθυσμού και η παροχή σε αυτόν αναβαθμισμένων ποιοτικά ΥΥ, αλλά και με έλεγχο των δαπανών και ταυτόχρονα σεβασμό των δικαιωμάτων και της προσωπικότητας του ασθενούς. Ακόμη η συνεχής ανάπτυξη πολιτικών και στρατηγικών με στόχο τη βέλτιστη αξιοποίηση των δυνατοτήτων του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, με εισαγωγή των αναγκαίων καινοτόμων αλλαγών και μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας, με πρώτο αυτό της μελέτης και εφαρμογής ενός ΕΣΥ, είναι επιτακτική ανάγκη για την προσφορά και παροχή καλύτερων ΥΥ στη Κύπρο.

Οι παρατηρούμενες δημογραφικές αλλαγές των τελευταίων χρόνων χαρακτηρίζονται από την γήρανση του Κυπριακού πληθυσμού. Η Κύπρος βρίσκεται στη 3<sup>η</sup> φάση της Δημογραφικής-Επιδημιολογικής Μεταβατικής Περιόδου που χαρακτηρίζεται από εκφυλιστικές ασθένειες λόγω ηλικίας και ασθένειες που πηγάζουν από τον τρόπο ζωής του ατόμου (lifestyle). Ο κυπριακός πληθυσμός γερνά αφού το συνολικό ποσοστό γονιμότητας είναι 1,51, το ποσοστό των παιδιών κάτω των 15 ετών ελαττώθηκε από το 25% το 1982 σε 16,9% το 2010 και οι ενήλικες άνω των 65 ετών αυξήθηκαν από 10,8% σε 13,0%. Ο κυπριακός πληθυσμός αντιμετωπίζει κυρίως προβλήματα που σχετίζονται με τα χρόνια νοσήματα, συννηθέστερα των οποίων είναι τα καρδιαγγειακά και εγκεφαλικά νοσήματα, η υπέρταση, ο καρκίνος και ο διαβήτης. Τα ναρκωτικά, το κάπνισμα, ο αλκοολισμός, οι πρόωφοι θάνατοι και οι τραυματίες από ατυχήματα είναι επίσης σημαντικά προβλήματα που χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης.

Έτσι η αναμόρφωση του τομέα της υγείας με συνεχή προσπάθεια για αύξηση της αποτελεσματικότητας και της παραγωγικότητας/αποδοτικότητας των ΥΥ πρέπει να είναι τα κύρια χαρακτηριστικά της στρατηγικής για τη βελτίωση των ΥΥ στην Κύπρο. Ακόμη η πρόληψη και η έγκαιρη αντιμετώπιση νεοφανών και επανεμφανιζόμενων απειλών για την υγεία του πληθυσμού και η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης των χρηστών των ΥΥ. Συνάμα η εκπλήρωση των υποχρεώσεων της χώρας ως μέλος της ΕΕ, ΠΟΥ και άλλων διεθνών οργανισμών για την αντιμετώπιση διεθνών προβλημάτων όπως την πρόληψη πανδημιών και τη διακίνηση επαγγελματιών υγείας και ασθενών, όπου απαιτείται η διεθνής συνεργασία, η αλληλοενημέρωση και η αλληλοβοήθεια.

Για την υλοποίηση των προαναφερθέντων χρειάζονται αρκετές αλλαγές και δράσεις με αποφασιστικότητα συντονισμό και εργατικότητα. Οι σημαντικότερες μπορεί να είναι η αναδιοργάνωση του Υπουργείου Υγείας και κατά συνέπεια και των ΥΥ με πλήρη αξιοποίηση του υφιστάμενου προσωπικού και συγκράτηση, σε περίοδο οικονομικής κρίσης, των δαπανών υγείας. Η εισαγωγή του θεσμού του εσωτερικού ελέγχου των τμημάτων και υπηρεσιών του υπουργείου, αλλά και την καταγραφή των στατιστικών στοιχείων και από τον ιδιωτικό τομέα. Η ανάπτυξη αποτελεσματικότερων προγραμμάτων πρόληψης για τα μεγάλα προβλήματα δημόσιας υγείας όπως είναι οι εξαρτησιογόνες ουσίες, ο σακχαρώδης διαβήτης, ο καρκίνος, τα τροχαία και τα εργατικά ατυχήματα. Η υιοθέτηση διαδικασιών και η εισαγωγή αποτελεσματικού ελέγχου στις δαπάνες για ασθένειες που αποστέλλονται στον ιδιωτικό τομέα ή στο εξωτερικό για ΥΥ που δεν προσφέρονται στον δημόσιο τομέα. Η προώθηση της έρευνας και στην ανάπτυξη της Κυπριακής καινοτομίας στο χώρο της υγείας. Η αναδιοργάνωση των Δημόσιων νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας και εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων διοίκησης, αλλά και την ένταξή τους στο ΓεΣΥ. Η εισαγωγή και πλήρης μηχανογράφηση των Δημόσιων νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας. Η εφαρμογή στρατηγικών προγραμμάτων, εποπτείας και ελέγχου για μείωση του χρόνου αναμονής για κλινικές/παρακλινικές εξετάσεις και χειρουργικές επεμβάσεις (υπερωριακή απασχόληση – επικαιρόποίηση των λιστών αναμονής). Η συνεχείς επαγγελματική εκπαίδευση για όλους/ες τους λειτουργούς υγείας, δημόσιου και μη τομέα, για να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στις νέες επιστημονικές, κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες.

Συνάμα η Κύπρος θα μπορούσε να εισαγάγει το ταχύτερο δυνατόν τα εξής: 1) Diagnosis Related Groups (DRGs) στα νοσοκομεία της (όπως έκανε η Ελβετία). 2) Ηλεκτρονική συνταγογράφηση (με σημαντικές εξοικονομήσεις όπως έκανε η Ελλάδα). 3) Μειώσεις στις φαρμακευτικές δαπάνες, π.χ. τιμολόγηση, εισαγωγή σύγχρονων

διαδικασιών αξιολόγησής τους, π.χ. Health Technology Assessment, ενίσχυση του θεσμού των κλινικών φαρμακοπειών. (Η Ουγγαρία πέτυχε άνω του 40% μείωση των φαρμακευτικών δαπανών). 4) Βελτίωση της ποιότητας και ειδικότερα της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας (π.χ. διοικητικές μεταρρυθμίσεις όπως αυτοδιοίκηση των δημόσιων νοσοκομείων) και ελάττωση της απάτης, σπατάλης, κατάχρησης (όπως έκανε η Γερμανία, η Ολλανδία, η Πολωνία και η Σουηδία), αναδιανομή των επενδύσεων στην υγεία μετά από μελέτες κόστους/οφέλους (cost-effectiveness and value based care) των παρεχόμενων ΥΥ, αντικρίζοντας τον τομέα της υγείας στην ολότητά του (όπως έκανε η Αγγλία). 5) Αύξηση των φόρων σε επιβλαβή για την υγεία προϊόντων (τσιγάρα, αλκοόλ) όπως έκανε π.χ. η Εσθονία και η Βουλγαρία. 6) Εφαρμογή ολοκληρωμένων προληπτικών προγραμμάτων με θετικό κόστος-όφελος, π.χ. μείωση ποσοστού καπνιστών (προγράμματα διακοπής ή υιοθετώντας την απλή συσκευασία όπως έκανε η Αυστραλία), ενθάρρυνση υγιεινής διατροφής, άσκησης, προληπτικών ελέγχων όπως τα παραδείγματα της Ουγγαρίας και του Βελγίου. 7) Λήψη μέτρων για βελτίωση των παρεχόμενων γηριατρικών υπηρεσιών, λαμβάνοντας υπόψη ότι πρόκειται για ευάλωτο πληθυσμό, π.χ. δημιουργία γηριατρικών κλινικών στα δημόσια νοσοκομεία για παροχή εξειδικευμένης φροντίδας, σταδιακή ανάπτυξη υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι. 8) Προωθώντας την εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Υγείας, που θα μπορούσε να είχε προστατεύσει τον Κύπριο ασθενή αλλά και τους επαγγελματίες υγείας στη δύσκολη περίοδο που διερχόμαστε. Φυσικά όλα τα πιο πάνω επιβάλλουν την ύπαρξη μακροχρόνιου και αξιόπιστου στρατηγικού σχεδιασμού των ΥΥ, κάτι που μέχρι και σήμερα δεν υπάρχει στη Κύπρο.

Λαμβάνοντας υπόψη τις θεμελιώδεις αρχές που πρέπει να έχει κάθε ΣΥ, ο τρόπος χρηματοδότησής του και ο τρόπος πληρωμής των προμηθευτών, δεν μπορεί να αφεθούν στους νομούς της αγοράς και του ανταγωνισμού, αλλά και ούτε πρέπει να λειτουργούν κάτω από ολοκληρωμένη κρατική παρέμβαση. Οι δύο ακραίες περιπτώσεις δημιουργούν σοβαρές αδυναμίες ως προς την οργάνωση και τη λειτουργία του ΣΥ. Το σοβαρότερο πρόβλημα που δημιουργείται όμως αποτελεί η άνιση πρόσβαση και η οικονομική επιβάρυνση στις ΥΥ. Η διαθεσιμότητα και η προσπελασιμότητα διαφέρουν στα δύο υποσυστήματα. Αυτό οφείλεται στο διαφορετικό τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας τους και στο γεγονός ότι λειτουργούν ανεξάρτητα το ένα με το άλλο. Με το παρόν ΣΥ η γραφειοκρατία, η απουσία αποτελεσματικών μηχανισμών διοίκησης και η μη αποτελεσματική εξυπηρέτηση των ασθενών, οδηγούν τους χρήστες στον ιδιωτικό τομέα που προσφέρει καλύτερη εξυπηρέτηση.



Τέλος, αφού απουσιάζει ο αξιόπιστος στρατηγικός σχεδιασμός η μόνη πλέον διέξοδος είναι η ριζοσπαστική μεταρρύθμιση του υφιστάμενου ΣΥ, γεγονός που κατέστησε σαφές και η Ε.Ε. Συγκεκριμένα, η Κύπρος πάσχει μεταξύ άλλων από έλλειψη αξιόπιστου σύγχρονου στρατηγικού σχεδιασμού, γι' αυτό και εισήγηση είναι ο υποχρεωτικός καταρτισμός μακροχρόνιου στρατηγικού σχεδιασμού, με τη συμμετοχή διεπιστημονικής ομάδας αλλά και χρηστών ΥΥ, με συγκεκριμένα χρονοδιαγράμματα και δράσεις, που θα δημοσιεύεται στο διαδίκτυο και θα επικαιροποιείται σε τακτά χρονικά διαστήματα. Συνάμα θα πρέπει να λογοδοτούν όλοι οι υπεύθυνοι στους πολίτες για την υλοποίηση του στρατηγικού σχεδιασμού.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Πηγές

COM (2007) 62 της 21-2-2007. «Βελτίωση της ποιότητας και της παραγωγικότητας στην εργασία: κοινοτική στρατηγική 2007 – 2012 για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία».

COM (2007) 630 της 23-10-2007, «Λευκή βίβλος — Μαζί για την υγεία — Στρατηγική προσέγγιση της ΕΕ για την περίοδο 2008-2013».

ΕΕ C 32 της 5-2-2004, Γνωμοδότηση της ΕΟΚΕ για την «Ανακοίνωση της Επιτροπής στο Συμβούλιο, στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και στην Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και στην Επιτροπή Περιφερειών της κοινωνικής διάστασης της στρατηγικής της Λισσαβόνας: Εξορθολογισμός του ανοικτού συντονισμού στον τομέα της κοινωνικής προστασίας».

European Observatory on Health Care System. Health care system in transition Germany. WHO regional office for Europe. Copenhagen, 2000.

OECD, (2004), «Summary Record of the 6th Meeting of Experts in National Health Accounts», Paris, France.

OECD, (2009), «Health Data» στο [www.oecd.org/health/healthdata](http://www.oecd.org/health/healthdata) [προσπελάστηκε τη 01-02-2012].

WHO, (2009), «World Health Statistics 2009».

### Ελληνόγλωσση

Αλετράς, Β., Ματσαγγάνης, Μ., Νιάκας, Δ., 2002. *Θέματα Οικονομικής και Χρηματοδοτικής Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας*, τόμος Α, Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ., Καραλής Γ., (1997), «Η Άτυπη Συμμετοχή στο Κόστος των Υπηρεσιών Υγείας από Ίδιες Πληρωμές και η Παραοικονομική Δραστηριότητα», στο Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α., (επιμ.), *Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα ή Ανταπάτη*, Θεμέλιο, Αθήνα.

Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ., (2000), «Η Ισότητα στις Υπηρεσίες Υγείας», στο Δόλγερας Α., Κυριόπουλος Γ., (επιμ.), *Ισότητα Αποτελεσματικότητα και Αποδοτικότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, Θεμέλιο, Αθήνα.

Ζάβρας Α., (2002), «Γνώσεις και Δεξιότητες του Ειδικού στην Δημόσια Υγεία», στο Δημολιάτης Γ., Κυριόπουλος Γ., Λάγγας Δ., Φιλαλήθης Τ., (επιμ.), *Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα*, Θεμέλιο, Αθήνα.

Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Μ. και Σούλης, Σ. (2001). *Συστήματα Υγείας*, εκδ. Παπαζήση.

Κονδύλης Η., Αντωνοπούλου Α., Μπένος Α., (2007), «Συμπράξεις δημόσιου - ιδιωτικού τομέα στα νοσοκομεία. Ιδεολογική προτίμηση ή εμπειρικά βασιζόμενη πολιτική υγείας;», *Αρχαία Ελλ. Ιατρικής*, 25(4):496-508.

Ιωαννίδη, Ε., Λοπατατζίδης, Α., Μάντη, Π., 1999. *Υγεία : οριοθετήσεις και προοπτικές*, τόμος Α, Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., 2007. *Υπηρεσίες Υγείας*, τόμος Α, εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα.

Κυριόπουλος, Γ., Νιάκας, Δ., 1994. *Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής Υγείας*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ., (1997), «Ισότητα ή Ελευθερία στην Αγορά Υπηρεσιών Υγείας: Το Πραγματικό Πολιτικό Δίλλημα και ο Ενιαίος Φορέας Υγείας», στο Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α., (επιμ.), *Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα ή Ανταπάτη*, Θεμέλιο, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Γεωργούση Ε., Γείτονα Μ., (1999), «Τα Οικονομικά της Υγείας από το Α ως το Ω», Εξάντας, Αθήνα.

Κωσταγιόλας Π.Α, Πλατής Χ.Γ., Ζήμερας Σ., (2006), «Διοίκηση συστήματος υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα με βάση τις προσδοκίες των χρηστών», *Αρχεία Ελλ. Ιατρικής*, 23(6):603-614.

Λιαρόπουλος, Λ. Λ., 2007. *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*, Α τόμος, εκδ. Βήτα, Αθήνα.

Μπουρσανίδης, Χ. (1993). *Σημειώσεις*, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.

Μπουρσανίδης, Χ. (1996). «Ο ενιαίος φορέας υγείας ως ζήτημα βέλτιστης κοινωνικοπολιτικής δόμησης του συστήματος υγείας», στα Πρακτικά Ημερίδας «Η υγειονομική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα», Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Θεσ/κη.

Μωραΐτης Ε., Γεωργούση Ε., Ζηλίδης Χ., Θεοδώρου Μ., Πολύζος Ν., (1995), «Μελέτη για την Οργάνωση και Λειτουργία Ολοκληρωμένου Συστήματος Ιατρικής Φροντίδας», Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.

Οικονόμου Ν.Α., Τούντας Γ., (2007), «Αξιολόγηση της αποδοτικότητας στο χώρο υγείας», *Αρχεία Ελλ. Ιατρικής*, 24(1):34-47.

Οικονόμου Ν.Α., Τούντας Γ., Νιάκας Δ. (2007), «Ελληνικές μελέτες οικονομικής αξιολόγησης και αποδοτικότητας στην υγεία», *Αρχεία Ελλ. Ιατρικής*, 24(1):48-57.

Rosen, H.S., et.al., (2009), «Δημόσια οικονομική: σύγχρονη θεωρία και ελληνική πραγματικότητα», Κριτική, Αθήνα.

Σίσκου Ο., (2006), «Εκτίμηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα», Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών. Αθήνα.

Σίσκου Ο., Λιαρόπουλος Λ., (2008), «Ο μίτος της δαπάνης υγείας», *Αρχεία Ελλ. Ιατρικής*, 25(1):13-15.

Σουλιώτης Κ., (2000), «Ο Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας», Παπαζήσης, Αθήνα.

Σουλιώτης Κ., Κυριόπουλος Γ. (2001), «Η Πολιτική Διαμόρφωσης των Τιμών και οι Επιπτώσεις στις Υπηρεσίες Υγείας», στο Κυριόπουλος Γ., Λιαρόπουλος Λ., Μπουρσανίδης Χ., Οικονόμου Χ. (επιμ.), *Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα*. Θεμέλιο, Αθήνα.

Τούντας Γ., και συν., (2006), «Έρευνα για την Υγεία: Hellas Health I», Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής και Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας.

Τούντας Γ., (2006), «Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας», *Αρχεία Ελλ. Ιατρικής*, 23(1):72-83.

Τούντας Γ., Οικονόμου Ν.Α., (2007), «Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας», *Αρχεία Ελλ. Ιατρικής*, 24(1):7-21.

Τούντας Γ., et.al., (2008), «Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. 1996-2006», Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα.

Τούντας Γ. *Οικονομία της υγείας. Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας 10 αναπτυγμένων χωρών*. Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, 2002.

Τριχόπουλος Δ., (1982), «Επιδημιολογία, Αρχές, Μέθοδοι, Εφαρμογές», Παρισιάνος, Αθήνα.

Υπ. Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2008), «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Δημόσια Υγεία 2008 - 2012», Γ.Γ. Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα.

Υπουργείο Υγείας. *Ετήσια έκθεση 1980, 1990, 2000, 2005, 2007, 2008, 2009, 2010*. Κυπριακή Δημοκρατία, Λευκωσία.

Υφαντόπουλος Γ., (2006), «Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική», Gutenberg-Δαρδάνος-Τυπωθήτω, Αθήνα.

### **Ξενόγλωσση**

Abel-Smith B., (1986), «The World Economic Crisis. Part 2: Health Manpower out of Balance», *Health Policy and Planning*, 1, 309-316.

Alderson M., (1976), «An introduction to epidemiology», Macmillan, London.

Antoniadou M. Can Cyprus overcome its health-care challenges? *Lancet* 2005, 365:1017–1020

Arrow K., (1973), «The Welfare Economics of Medical Care», in Cooper M.H and Culyer A.J. (eds.), *Health Economics*, Penguin Books, London.

Arrow K., Chenery B., Solow R., (1961), «Capital-Labor Substitution and Economic Efficiency», *Rev Econ Stat* XLII, 225-250.

Borras J.M., (1994), «Utilization of Health Services», *Gac. Sanit.*, 8(40), 30-49.

Bradshaw J., (1972), «A Taxonomy of Social Need», in G.Mc Lachlan (ed.), *Problems and Progress in Medical Care: Essays on Current Research. Seventh Series*, Oxford University Press for Nuffield Provincial Hospital Trusts.

Che Rose, R. *et al.* (2004), «Hospital Service Quality: A Managerial Challenge», [online]. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Vol.17, no.3, pp.146-159. Διαθέσιμο στο: <http://www.emeraldinsight.com/0952-6862.html> [προσπελάστηκε 1-02-2012].

Donabedian A., (1973), «Aspects of Medical Care Administration», Harvard University Press, Cambridge Ma.

Evans R.G., (1974), «Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications», in Perlman M.(ed.) *The Economic of Health and Medical Care*, Wiley & Sons, New York.

Fitzsimmons, J.A. & Fitzsimmons, M.J. (2006), «Service Management: Operations, Strategy, Information Technology», 5th ed. McGraw - Hill Inter.Ed.

Glenngard , Hjalte F., Hjortsberg C., (2007), «National Health Accounts –Demand and Use of Health Expenditure Data», The Swedish Institute for Health Economics.

GØsta Esping-Andersen (2006), «Οι τρεις κόσμοι του καπιταλισμού της ευημερίας», επιστημονική επιμέλεια Μαρία Πετμεζίδου, Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.

Golna C, Pashardes P, Theodorou M, Merkur S, Mossialos E. Health care systems in transition: Cyprus. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Edited by Allin S, Mossials E, WHO, Denmark, 2004.

Hall T., Medja A., (1978), «Health Manpower Planning (principles, methods, issues)», WHO, Geneve.

Hornby P., Ray D., Shipp P., Hall T., (1980), «Guidelines for Health Manpower Planning», WHO, Geneve.

Kasper J., (2000), « Health Care Utilization and Barriers to Health Care in Albrecht» in G., Fitzpatrick R., Scrimshaw S., (eds.), *Social Studies in Health and Medicine*, Sage , London.

Kyriopoulos J., Gitona M., Karalis G., (1998), «Hidden Economy Private Spending and Informal Co-payment in Health Care: the Role of Medical Manpower in Greece», in Beazoglou Tr., Heffley D., Kyriopoulos J., (eds.), *Human Resources and Cost Containment in the Health System*, FICOSER & Exandas, Athens.

Maynard A.K., (1982), «The Regulation of Public and Private Health Care Markets», in McLachlan G. Maynard A (eds.), *The Public Private Mix of Health*, The Nuffield Provincial Hospitals Trust, London.

Mc Ewin R., Hall J., (1976), «Planning Health Services, Demand or Need», *Med J*, 2(9), 350-352.

Mill JS. *Utilitarianism*. Kessinger Publ, New York, 2004

Monsma G., (1970), «Marginal Revenue and Demand for Physician's Services» in Klarkman H. (eds.), *Empirical Studies in Health Economics*, Johns Hopkins University Press, Baltimor.

Mooney OH. Equity in health care: Confronting the confusion. *Effective Health Care* 1983, 1:179-184.

Simons S., Bonnett-Jones N., (1989). *Human Resource Development: The Management Planning and Training of Health Personnel*, Evaluation & Planning Center For Health Care.

Williams A., (1988), «Health Economics: The End of Clinical Freedom», *British Medical Journal*, 297, 1183-1186.