



## Введение

### Государственный строй и новейшая политическая история

Республика Кипр провозглашена Конституцией 1960 г., ознаменовавшей окончание борьбы киприотов за независимость от британского колониального правления. Кипр — президентская республика с однопалатным парламентом (Палатой представителей); голосование в стране является обязательным. Страна разделена на шесть округов: Кириния, Ларнака, Лимасол, Никосия, Пафос и Амохостос. Первого мая 2004 г. Кипр стал членом Европейского союза.

### Население

В конце 2002 г. население Кипра составляло 715 100 человек (350 600 мужчин и 364 500 женщин), а плотность населения равнялась 82 чел. на км<sup>2</sup>. Население стареет, хотя доля детей и подростков остается достаточно высокой (20,9%) в сравнении с долей населения старше 65 (11,8%).

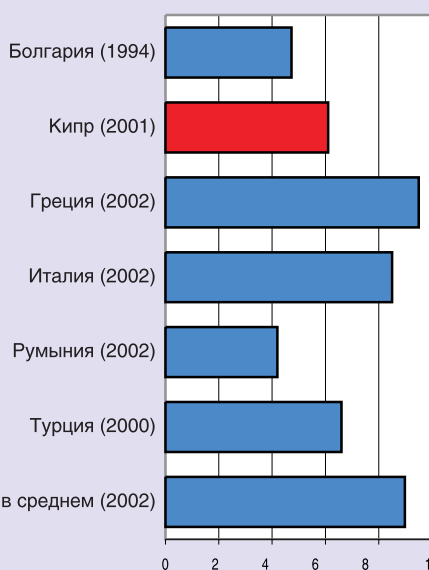
### Средняя продолжительность жизни

В 2001 г. средняя продолжительность жизни на Кипре как для мужчин (76,1 год), так и для женщин (81 год) была близка к средней продолжительности жизни в странах Европейского союза, вступивших до мая 2004 г.

### Основные причины смерти

Основными причинами смерти в 2001 г. были заболевания сердца (34,8%), злокачественные новообразования (10%), заболевания органов дыхания (5,9%), инсульт

Рисунок 1. Объем финансирования здравоохранения (в % ВВП) на Кипре и в других странах



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.

(4,5%), травмы и отравления (2,8%). Детская смертность постепенно снизилась с 17,2‰ в 1980 г. до 4,9‰ в 2001 г.

### Новейшая история здравоохранения

Система социального страхования впервые появилась в 1957 г., когда Кипр еще был британской колонией. В 1964 г. систе-

Европейская обсерватория  
по системам и политике здравоохранения,  
Европейское региональное бюро ВОЗ  
Адрес: Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen, Denmark  
Телефон: +45 39 17 17 17  
Факс: +45 39 17 18 18  
Электронная почта: info@obs.euro.who.int  
Сайт в интернете: www.observatory.dk

ма охватила все работающее население, а в 1980 г. вместо страхования по единой ставке была введена новая схема, по которой величина страхового взноса зависит от доходов. Система продолжала развиваться и в дальнейшем; пенсионное обеспечение стало всеобщим. Развитию и успешной работе системы социального страхования на Кипре способствовало широкое применение трехсторонних соглашений между правительством, работодателями и трудящимися.

### **Финансирование здравоохранения**

В 2002 г. общие расходы здравоохранения на Кипре составляли 5,8% от ВВП против 4,1% в 1990 г. Всего было израсходовано 360 млн кипрских фунтов (622,8 млн евро), что составляет 865 евро на душу населения. Доля государства в затратах на здравоохранение составляла в 2002 г. 33%.

## **Краткое содержание реферата**

Главные черты кипрского здравоохранения — устаревшая, малоэффективная организация и система управления и развитый частный сектор. На ближайшие пять лет намечены крупные преобразования. Система государственного медицинского страхования должна будет обеспечить всем гражданам доступную всестороннюю медицинскую помощь, улучшить экономическую эффективность здравоохранения. Пока же кипрская система здравоохранения испытывает многочисленные трудности: население стареет, контроль и регулирование частного сектора налажены плохо, из-за несовершенства системы оплаты врачи мало заинтересованы в работе, полноценного учета медицинских данных не ведется.

## **Структура и управление**

Работа системы государственной медицины регулируется тремя министерствами: Министерством здравоохранения, Министерством труда и социального страхования и Министерством финансов. Общее руководство осуществляется Советом Министров.

Министерство здравоохранения формирует организационную структуру здравоохранения и обеспечивает предоставление государственной медицинской помощи; его основная цель — укреплять и охранять здоровье населения. Министерство формирует национальную политику в области здравоохранения, координирует деятельность частного и государственного сектора, разрабатывает и утверждает необходимые законы. Министерство здравоохранения состоит из нескольких специализированных подразделений, среди которых: Фармацевтическое управление, Управление медицины и общественного здравоохранения, Стоматологическое управление и Служба психического здоровья.

Министерство труда и социального страхования проводит в жизнь политику государства в области занятости, социального страхования, социального обеспечения и трудовых отношений. В нем три основных отдела: социального страхования, социального обеспечения и труда. Министерство финансов распределяет различные льготы и субсидии, например транспортные субсидии, пособия на детей и пособия матерям.

### **Планирование, нормирование и управление**

Общее руководство системой социальной защиты на Кипре возложено на Совет министров. Государственные больницы управляются громоздким многоступенчатым чиновничьим аппаратом, при этом большинство решений принимается на самом высоком уровне. Чрезмерная центра-

лизация управления и обилие инструкций серьезно препятствует экономической эффективности государственных больниц. В 1998 г. Институт здоровья фонда Наффилда провел крупное исследование структуры больниц, находящихся в подчинении Министерства здравоохранения, и методов управления ими. Исследование выявило серьезные недостатки в регулировании и управлении, в частности отсутствие взаимодействия и конкуренции между государственным и частным сектором. «Больницы Кипра, — говорится в отчете, — не поддаются управлению современными методами». В докладе подчеркнута необходимость реформы организационных и управленческих структур государственного здравоохранения. Сейчас разрабатывается новое законодательство, нацеленное на улучшение взаимодействия между ними.

### **Децентрализация здравоохранения**

Административная система на Кипре сильно централизована, управление и регулирование осуществляются в основном на уровне государства. Одна из задач идущей сейчас реформы здравоохранения — децентрализовать эти функции и наладить полноценное взаимодействие между центром и периферией.

## **Финансирование и затраты**

### **Основная система финансирования**

Государственное здравоохранение финансируется главным образом из налогов, и в небольшой степени — из сборов, которые взимаются за некоторые услуги. Частное медицинское страхование тоже участвует в финансировании, но доля его участия невелика. Данных о неофициальных платежах нет, но, вероятно, врачи, стоматологи и другие медицинские работники в частном секторе не полностью сообщают о

своих доходах. Ожидается, что структура финансирования изменится после введения Системы государственного медицинского страхования, когда медицинские услуги в значительной степени будут оплачиваться из обязательных страховых медицинских взносов. После этой реформы государственное здравоохранение будет финансироваться в равной степени из страховых взносов и налогов. Система государственного медицинского страхования обеспечит всему постоянному населению всестороннее медицинское обслуживание на всех уровнях здравоохранения.

Медицинская помощь пока не общедоступна. Есть пять типов медицинского обслуживания: государственное, частное, медицинские фонды работодателей и профсоюзов, схема, по которой оплачивается лечение за границей, и частное медицинское страхование. Те, кто не имеет права на бесплатную государственную медицинскую помощь либо на скидки при оплате, обращаются в частный сектор. Однако те, кто имеет право на государственное медицинское обслуживание, нередко также обращаются в частный сектор и оплачивают лечение самостоятельно.

### **Набор медицинских услуг**

Предоставляемый набор медицинских услуг зависит от уровня доходов и включает первичное амбулаторное обслуживание, специализированное амбулаторное и стационарное обслуживание, диагностические исследования и процедуры, выполняемые средним медицинским персоналом, госпитализацию, стоматологическую помощь, реабилитацию и протезирование, визиты на дом, скорую помощь.

Кроме того, Министерство здравоохранения проводит санитарно-эпидемиологические и профилактические мероприятия, содержит службу охраны психического здоровья и финансирует лечение за границей тех больных, лечение которых на Кипре невозможно.

Приблизительно 85—90% населения (семьи с низкими доходами и государственные служащие) обслуживаются бес-

платно или со скидкой, в то время как остальные оплачивают медицинские услуги по установленным тарифам или обращаются в частный сектор.

В 2000 г. 1397 киприотов (0,2% населения) лечились за рубежом, а расходы на лечение оплачивало государство. Большинство больных лечилось в Великобритании, Греции и Израиле.

### **Дополнительные источники финансирования**

В настоящее время правительство финансирует менее половины общих расходов здравоохранения. Остальное покрывается расходами частных лиц, частным медицинским страхованием и иностранными вливаниями в форме капиталовложений.

### **Платная медицинская помощь**

По статистике, семьи со средними доходами тратят на медицинские услуги почти 4% своего годового дохода. Семьи с наиболее низкими доходами тратят 6,4%, а с наиболее высокими — 2,6%. Прямые выплаты населения с 1996 г. выросли, и это сильнее сказалось на семьях с низким доходом. Более того, расходы на лечение для людей с хроническими или тяжелыми острыми заболеваниями подчас катастрофически высоки.

### **Частное медицинское страхование**

Хотя местные страховые компании начали появляться в 1980 гг., частное медицинское страхование на Кипре все еще развито слабо. Как правило, страховые компании предлагают медицинское страхование на минимальную сумму наряду с другими видами страхования, однако сейчас появилось небольшое число специализированных медицинских страховых компаний (например, BUPA, Великобритания).

## **Затраты на здравоохранение**

В 2002 г. общие расходы здравоохранения составляли 5,8% от ВВП. Больше половины приходилось на частный сектор: 3% от ВВП по сравнению с 2,8% для государственного сектора. Введение Системы государственного медицинского страхования, вероятно, увеличит расходы на государственное здравоохранение.

## **Медицинское обслуживание**

### **Общественное здравоохранение**

Общественным здравоохранением занимаются специалисты по социальной медицине и гигиене Управления медицины и общественного здравоохранения и Агентства по защите матери и ребенка. Определенную роль в общественном здравоохранении играет Министерство сельского хозяйства: оно регулирует применение пестицидов, следит за безопасностью пищевых продуктов и занимается другими вопросами, связанными с охраной окружающей среды.

Политика в области вакцинации детей разработана в соответствии с рекомендациями ВОЗ (Расширенная программа иммунизации). Примерно 25% прививок производят врачи в государственных центрах первичной помощи и центрах здоровья матери и ребенка, а остальные — педиатры, работающие в частном секторе. Кипр добился высокого уровня вакцинации, что привело к исчезновению столбняка и дифтерии у новорожденных.

Из-за высокой распространенности ожирения Министерство здравоохранения в ноябре 1992 г. создало Национальный комитет по питанию. Главные его задачи: оценка распространенности ожирения, просвещение населения в вопросах, связанных с питанием, надзор за производством и распространением пищевых продуктов и за соблюдением государственного

законодательства по их безопасности и качеству.

Внедрение рекомендаций ВОЗ улучшило положение больных СПИДом. Они лечатся бесплатно в государственном, а в некоторых случаях и в частном секторе. Существуют также многочисленные медицинские образовательные проекты: семинары, презентации и пробные образовательные и просветительские программы. Кроме того, на Кипре действует Образовательная программа по борьбе с курением и Европейская сеть школ здоровья.

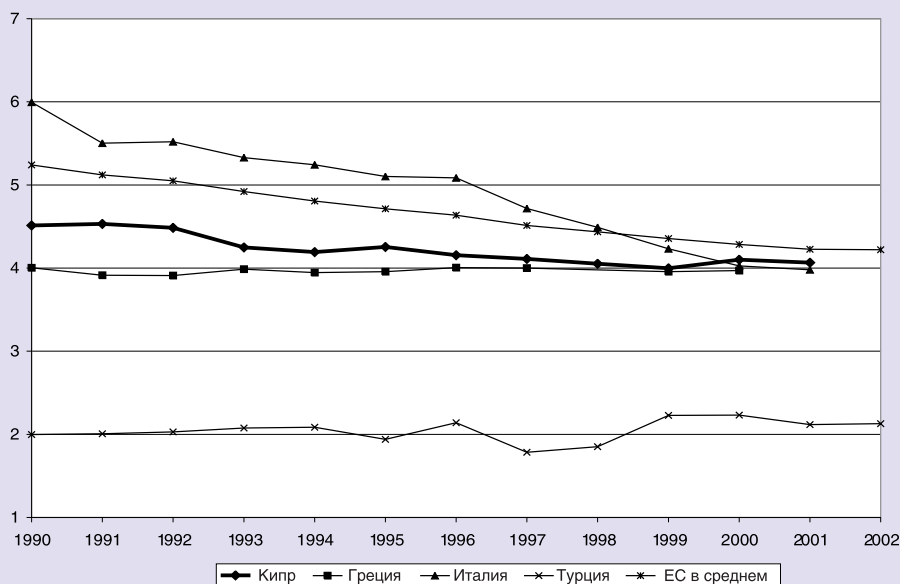
Контроль качества пищевых продуктов и питьевой воды возложен на Центральную лабораторию. Она также производит анализы лекарственных средств и наркотиков, продуктов промышленного производства и анализы, связанные с последствиями загрязнения окружающей среды. Центральная лаборатория тесно сотрудничает с большинством министерств, местных властей и организаций, а также на платной основе выполняет анализы для частных лиц.

## Амбулаторное обслуживание

На Кипре есть два вида медицинской помощи — государственная и частная (частные больницы и врачи). В настоящее время не существует системы регулирования доступа к врачу; таким образом, больные сами выбирают врача первичной помощи или специалиста. Государственную первичную помощь предоставляют 4 амбулаторных больничных отделения, 7 пригородных амбулаторных отделений, 5 городских и 23 сельских центра первичной помощи и 274 медицинских пункта. Все киприоты бесплатно обслуживаются сетью центров здоровья матери и ребенка, которые действуют на базе центров первичной помощи и амбулаторных отделений больниц. Государственную стоматологическую помощь оказывают 56 стоматологических клиник и 4 передвижных стоматологических центра.

Больницы общего профиля (за исключением Центральной больницы в Никосии) оказывают специализированную пер-

Рисунок 2. Число больничных коек на 1000 населения на Кипре и в других странах в 1990—2002 г.



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.

вичную помощь лишь амбулаторно. Недавно амбулаторная система была расширена и теперь включает психиатрическую помощь по месту жительства: сюда входят основные амбулаторные услуги — лечебные, диагностические и фармацевтические. Недавнее исследование удовлетворенности амбулаторным обслуживанием показало: в случае частной медицины она выше, чем в случае государственной, однако снизилась и в том, и в другом секторе между 1996 и 2002 г. (сильнее в государственном секторе).

Частное медицинское обслуживание большей частью обеспечивают врачи и стоматологи, которые оказывают в собственных приемных, главным образом в городах или крупных деревнях, все виды амбулаторной помощи.

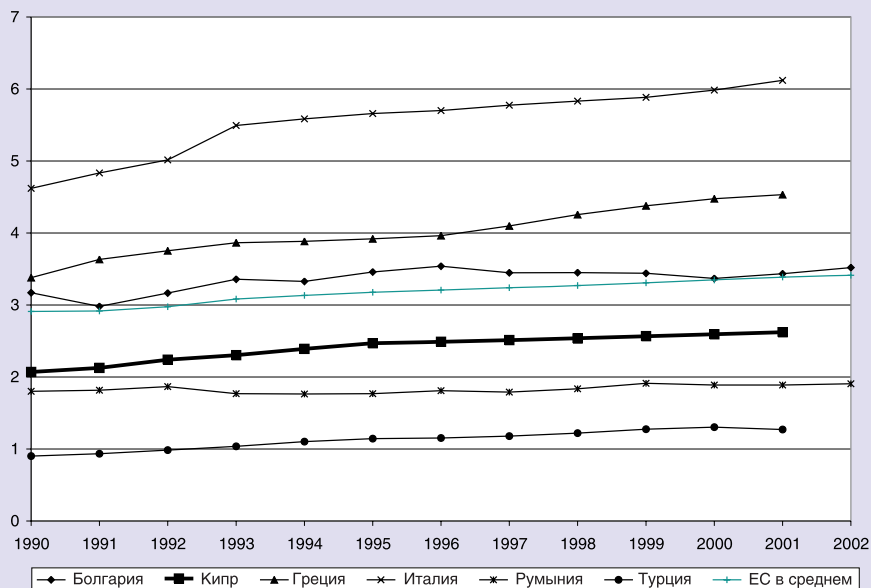
### Специализированное стационарное обслуживание

Специализированное медицинское обслуживание осуществляют окружные больни-

цы и специализированные центры (например, Кипрский институт неврологии и генетики). Если больному требуются отдельные виды помощи, которые невозможно получить в окружной больнице, его направляют в Центральную больницу Никосии. Кроме того, есть три небольшие сельские больницы в сравнительно труднодоступных областях, которые оказывают все виды помощи, включая специализированное лечение в стационаре. Имеются две специализированные государственные больницы: психиатрическая (Клиника Аталасса) и больница для детей и женщин (Больница архиепископа Макариоса III, Никосия).

За последние десять лет в Ларнаке, Пафосе, Лимасоле, Амохостосе и Никосии выстроены новые больницы. В 1995 г. на государственные больницы приходилось 43% от общего числа коек. В 2001 г. средняя продолжительность пребывания в государственной больнице составляла 6 суток. Служба неотложной помощи бесплатно оказывает неотложную догоспиталь-

Рисунок 3. Число врачей на 1000 населения на Кипре и в других странах в 1990—2002 г.



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.

ную помощь всем гражданам. Управлению медицинской службы Министерства здравоохранения принадлежат 50 машин «скорой помощи».

Проведившееся недавно исследование показало, что население Кипра в большей степени удовлетворено работой частных больниц, чем государственных; за период с 1996 по 2002 год мнение населения и о тех, и о других ухудшилось.

### **Медико-социальная помощь**

Система социальной защиты на Кипре начала развиваться с 1946 г. Изначально она создавалась для надзора за несовершеннолетними правонарушителями, реабилитации подростков после исправительных школ и защиты детей-сирот. К 1970-м годам появилось множество видов социальной защиты, цель которых — помочь населению справиться с социальными проблемами.

Государственная служба социального обеспечения включает главное управление, шесть окружных отделов и вспомогательную службу, посредством которой социальная помощь достигает каждого населенного пункта. Общее руководство осуществляет Министерство труда и социального обеспечения. Важную роль в системе социальной защиты играют также добровольные организации, которые в сотрудничестве с Советом министров помогают решать проблемы людей с особыми потребностями, престарелых, инвалидов, а также участвуют в программах по борьбе с наркоманией и семейным насилием.

Виды социальной помощи многообразны. Люди с низким уровнем доходов получают государственное пособие. Программы трудоустройства способствуют социальной интеграции и постепенному обретению независимости от поддержки государства. Окружные социальные работники консультируют тех, кто получает пособие. В 1991 г. появилась служба поддержки семей, живущих на пособие. Наконец, в рамках муниципальных программ работают детские сады.

Для уязвимых групп населения (напри-

мер, беженцев и семей с низкими доходами) существуют государственные жилищные программы. Есть также программы развития бедных районов. Ряд программ направлен на трудоустройство и переквалификацию взрослых граждан, подбор рабочих мест для инвалидов и урегулирование семейных проблем. Социальные права инвалидов гарантированы законами «О правах граждан с психическими расстройствами» (1989 г.), «Об обеспечении инвалидов» (2000 г.) и «О специальных обучающих программах» (1999 г.).

В связи с тем, что население стареет, был принят Государственный стратегический план на 1999—2003 гг. «Задачи управления социального обеспечения». Его цель — поддержка семей, имеющих в своем составе пожилых людей, и расширение государственного обслуживания престарелых на дому.

### **Психиатрическая помощь**

Психиатрическую помощь оказывает как государственный, так и частный сектор. В частном секторе такая помощь оказывается в основном амбулаторно. В соответствии с рекомендациями ВОЗ в 1997 г. введено новое законодательство, касающееся госпитализации, лечения и ухода за больными с психическими расстройствами. Новый Закон о психическом здоровье защищает права людей с психическими расстройствами. Согласно этому закону помощь психическим больным осуществляется комплексно, с участием юристов, психиатров, психологов и социальных работников, задача которых — обеспечить защиту прав больного и высокое качество помощи, в первую очередь по месту жительства.

В 1998 г. был разработан пятилетний план децентрализации психиатрической помощи и передачи ее в ведение пяти административных секторов, а также расширения профилактической работы среди населения. Внедрение этого плана снизило частоту госпитализаций психических больных, о чем свидетельствует сокращение психиатрических коек. Правительство

наметило также некоторые структурные и функциональные изменения в работе Психиатрической клиники Аталасса. Из общих затрат на психиатрическую помощь в 2001 г. 57,5% приходилось на Клинику Аталасса, а остальное на всю прочую психиатрическую помощь.

### **Медицинские кадры и обучение**

В 2001 г. на 1000 населения приходилось 2,6 врача и 4,2 медсестры. Оба показателя значительно ниже, чем средние по ЕС (3,5 и 6,8 соответственно для стран-членов Европейского союза, вступивших туда до мая 2004 г.). Число врачей в частном секторе растет гораздо быстрее, чем в государственном: в 2001 г. свыше 70% врачей работали в частном секторе. Большинство медицинских сестер, напротив, работают в государственных больницах, хотя с 1980 г. их численность в частном секторе заметно выросла. На Кипре нет медицинского института, поэтому медицинские работники обучаются главным образом в Греции и Великобритании.

### **Лекарственные средства и медицинская техника**

Фармацевтический рынок Кипра делится на два независимых сектора: государственный и частный. Оба поставляют как рецептурные, так и безрецептурные лекарственные средства. Государственный сектор финансируется Управлением здравоохранения: парламент ежегодно утверждает бюджет, входящий в годовой национальный бюджет. Лекарственные средства закупаются через государственную систему снабжения. Цены устанавливает Министерство здравоохранения, консультируясь с Комитетом по контролю цен на лекарственные средства, который назначается Советом министров. Ценообразование в частном секторе зависит от цен в странах экспорта, вследствие чего выгоднее импортировать лекарства из наиболее дорогих стран. В настоящее время правительство собирается реформировать эту систему.

Стоимость лекарств различна для разных групп больных. Те, кому положена бесплатная медицинская помощь от государства, имеют также право на бесплатные лекарства. Тем, кто имеет право на медицинское обслуживание со скидкой, оплачивают 50% стоимости лекарственных средств. При лечении в частном секторе стоимость лекарств не возмещается.

Лекарственное средство оплачивается лишь тогда, когда оно есть в списке, который составляет Комитет по лекарственным средствам при Фармацевтическом управлении Министерства здравоохранения. Группа клинических фармакологов оценивает продукты по литературным данным, основываясь на трех главных критериях: эффективность, безопасность и стоимость. Лекарственные средства, включая все рецептурные и безрецептурные средства, отпускаются только аптеками.

Для закупки сложного медицинского оборудования государство применяет десятиступенчатую процедуру. Сначала Управление здравоохранения и общественного здоровья создает исполнительную группу, которая готовит спецификации требуемого оборудования. Постоянный технический комитет при Главном тендерном совете оценивает заявку; за проект обычно конкурируют как минимум четыре поставщика. В частном секторе оборудование закупается путем прямых переговоров между покупателем и поставщиком оборудования.

### **Распределение средств**

Бюджеты здравоохранения большей частью повторяют прошлогодние, с учетом инфляции и выявленной в той или иной области нехватки средств. Бюджетным контролем ведает централизованная бюрократическая система, в основном стремящаяся выявить финансовые трудности на уровне здравоохранения в целом.



## **Финансирование больниц**

Годовой бюджет больниц включен в годовой бюджет Министерства здравоохранения. Средства распределяются по больницам согласно их нуждам, главным образом на основании прошлогодних бюджетов с учетом инфляции. Из бюджетных средств оплачиваются все расходы государственных больниц. Обычно больница не распоряжается своим бюджетом, а поэтому мало или совсем ничего не знает о своих расходах. Вследствие этого о затратах думают мало и не стремятся контролировать расходы или экономить.

## **Заработная плата врачей**

Врачи, работающие в государственном секторе, являются служащими Министерства здравоохранения. По рабочим местам их распределяет централизованная государственная кадровая система. Сменить место можно только в том случае, если где-нибудь откроется вакансия. В государственном секторе врачи получают жалованье. Частные врачи получают гонорар за оказанные услуги, причем размер его четко не установлен.

После введения Системы государственного медицинского страхования каждая семья будет числиться за определенным врачом общей практики, которому Министерство здравоохранения будет платить на договорной основе в зависимости от числа закрепленных за ним больных. Для государственного и частного сектора будет введена общая ценовая политика.

## **Реформы здравоохранения**

Основные реформы здравоохранения на Кипре направлены на реорганизацию и репрофилирование сети учреждений здравоохранения в соответствии с предложениями Института Наффилда, введение системы государственного медицинского

страхования, осуществление программы «Здоровье для всех» и интеграцию в Европейский союз.

Среди целей Государственного стратегического плана на 1999—2003 гг. — совершенствование общественного здравоохранения и профилактики, координация работы государственного и частного сектора, создание медицинского института, поддержка медицинских исследований и перевод управления здравоохранением на окружной уровень в целях децентрализации. Достигнут некоторый прогресс в этих областях.

Задача системы государственного медицинского страхования — улучшить качество и финансирование здравоохранения. Она поможет решить проблемы растущих цен в здравоохранении и неравенства доступа к медицинской помощи. В рамках системы государственного медицинского страхования будут оказываться следующие виды услуг: общая и специализированная медицинская помощь, лечение в стационаре (за исключением долгосрочного лечения больных с психическими расстройствами), обеспечение лекарствами, диагностические процедуры, реабилитационные мероприятия, стоматологическая помощь детям до 15 лет и лечение за границей без частичной оплаты больными (лекарства в некоторых случаях оплачиваются). Врачам первичной помощи будут платить в зависимости от количества обслуживаемых пациентов с учетом групп риска, специалистам — зарплату, установленную договором. Будут введены также элементы конкуренции между частным и государственным сектором. Для повышения эффективности и доступности медицинской помощи понадобится децентрализация управления здравоохранением с передачей части управленческих функций от Министерства здравоохранения государственным больницам. Необходимо также внедрение современных методов учета затрат и механизмов контроля качества и развитие системы общей практики.

План реформы здравоохранения на Кипре сложился под влиянием программы ВОЗ «Здоровье для всех». Это означает, что

был взят курс на уменьшение неравенства в состоянии здоровья различных групп населения и повышение эффективности и рентабельности здравоохранения. Кроме того, исходя из закономерной взаимосвязи социально-экономического положения и состояния здоровья населения, следует сосредоточить усилия на помощи тем, кто больше всего в ней нуждается. Программы, в основе которых лежат новые задачи государственного здравоохранения, разрабатываются совместно с ВОЗ.

Кипр был первой из стран-кандидатов в Европейский союз, которая успешно привела свое законодательство в соответствие с законами ЕС, что значительно продвинуло план реформы здравоохранения. Кипр участвует в Программе здравоохранения ЕС на 2003—2008 г. и внедряет общенациональную систему наблюдения за здоровьем населения. Начат также прямой обмен информацией с Европейским мониторинговым центром по наркотикам и наркомании.

## Заключение

Кипр занимает достаточно высокое место в мире по уровню здравоохранения и здоровья населения. Определенную угрозу представляет распространение ожирения и курения. Здравоохранение сталкивается с серьезными трудностями из-за устаревшей и неэффективной организации и системы управления. Кроме того, значительная часть здравоохранения представлена слабо регулируемым частным сектором, доля которого намного выше, чем в любой другой стране ЕС.

Введение Системы государственного медицинского страхования должно устранить некоторые важные недостатки государственного здравоохранения, реформировав механизмы обеспечения медицинскими услугами и их оплаты так, чтобы повысить эффективность и качество медицинской помощи. Кроме того, Министерство здравоохранения утратит свои функции управления отдельными медицинскими учреждениями, а возьмет на себя общее регулирование работы как государственного, так и частного сектора.

**Таблица 1. Показатели работы больниц в странах Европы в 2002 г. (в отсутствие данных за 2002 г. приведены самые свежие данные)**

	Число больничных коек на 1000 насе- ления	Число госпитали- заций на 100 насе- ления	Средняя продол- жительность гос- питализации, сутки	Средняя занятость койки, %
Кипр	4,1 <sup>a</sup>	8,1 <sup>a</sup>	5,5 <sup>a</sup>	80,1 <sup>a</sup>
Греция	4,0 <sup>b</sup>	15,2 <sup>b</sup>	—	—
Италия	4,0	15,7 <sup>a</sup>	6,9 <sup>a</sup>	76,0 <sup>a</sup>
Турция	2,1	7,7	5,4	53,7
ЕС в среднем	4,2	18,1 <sup>a</sup>	7,0 <sup>a</sup>	77,1 <sup>a</sup>

Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.  
<sup>a</sup> 2001, <sup>b</sup> 2000, <sup>в</sup> 1998.



Обзор системы здравоохранения Кипра подготовили Кристина Гольна (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения), Панос Пашардес (Университет Кипра), Сара Аллин (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения), Мамас Теодору (Открытый университет, Афины), Шерри Меркур (Центр по здравоохранению и социальной помощи при Лондонской школе экономики) и Элиас Моссиалос (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения). Редакторы обзора — Сара Аллин и Элиас Моссиалос.

Мы в особенности хотим поблагодарить Анниту Анастасиаду за координацию работы над обзором, полезные советы и поддержку. Кроме того, мы благодарим Министерство здравоохранения Республики Кипр, Андреаса Полиникиса и Панайотиса Яллуроса за поддержку, сбор данных, вклад в последнюю версию обзора и его исчерпывающее рецензирование. Редакторы благодарят Симеона Мациса, бывшего постоянного секретаря Министерства здравоохранения, за одобрение с его стороны и за то, что он послужил инициатором работы, заказав данный обзор по Кипру. Мы хотим поблагодарить также Андреаса Трифонидеса, бывшего постоянного секретаря Министерства здравоохранения, за поддержку и комментарии. Редакторы выражают свою благодарность сотрудникам Службы психического здоровья и Фармацевтического управления, в особенности Панагиоте Кокину, за ценные комментарии.

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения и ее реформ — проводимых и разрабатываемых. Обзоры служат основой деятельности Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения — уникальная организация, в которой сотрудничают Европейское региональное бюро ВОЗ, правительства Бельгии, Финляндии, Греции, Норвегии, Испании и Швеции, Европейский инвестиционный банк, Институт «Открытое общество», Всемирный банк, Лондонская школа экономических и политических наук, Лондонская школа гигиены и тропической медицины. Цель этого сотрудничества — поддерживать и развивать научно обоснованные методы управления здравоохранением, разработанные на основе глубокого и всестороннего изучения опыта разных европейских стран.