

03.2016

διαΝΕΟσις

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΛΥΣΗΣ

Η Υγεία Των Ελλήνων Στην Κρίση

Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας
των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας
Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής
Μάρτιος 2016

Η ομάδα μελέτης

Συντονιστής

Γιάννης Τούντας

Καθηγητής Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής ΕΚΠΑ, Διευθυντής Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας και του Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ)

Μέλη

Κωνσταντίνος Βαρδαβάς

Ιατρός – Επιδημιολόγος, επιστημονικός συνεργάτης στο Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας

Κατερίνα Γιαννοπούλου

Ψυχολόγος, MSc επιστημονική συνεργάτις Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ)

Γεωργία Γώτη

Οικονομολόγος, επιστημονική συνεργάτις στο Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας

Μαρία Καντζανού

Ιατρός – Βιοπαθολόγος, Επίκουρη Καθηγήτρια Επιδημιολογίας - Προληπτικής Ιατρικής, ΕΚΠΑ

Κατερίνα Καστανιώτη

Επίκουρη Καθηγήτρια Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, ΤΕΙ Πελοποννήσου

Γεώργιος Μαυριδόγλου

Καθηγητής Εφαρμογών στο Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων και Οργανισμών, ΤΕΙ Πελοποννήσου

Κούλα Μεράκου

BA, MSc, PhD, επιστημονικός συνεργάτης, Τομέας Δημόσιας & Διοικητικής Υγιεινής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Αναστασία Μπαρμπούνη

MD, MSc, PhD, επιστημονική συνεργάτις, Τομέας Δημόσιας & Διοικητικής Υγιεινής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Η ομάδα μελέτης

Κατερίνα Μολλά

Ψυχολόγος, MSc in Mental Health Studies, επιστημονική συνεργάτις
Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ)

Νατάσα Παπαδοπούλου

Επισκέπτρια Υγείας, MSc Κοινωνικής & Προληπτικής Ιατρικής

Στάθης Παπαχρήστου

Ψυχολόγος, MSc Προαγωγής Ψυχικής Υγείας-Πρόληψης Ψυχιατρικών
Διαταραχών, επιστημονικός συνεργάτης στο Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών
Υγείας

Θεοδοσία Πελέκη

Νοσηλεύτρια, μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο ΤΕΙ Αθήνας

Ιωάννα Πετρούλια

Ψυχολόγος, MSc Κλινική Νευροψυχολογία, επιστημονική συνεργάτις
στο Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας

Νίκος Πολύζος

Καθηγητής Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, ΔΠΘ

Κυριάκος Σουλιώτης

Επίκουρος Καθηγητής Πολιτικής Υγείας Πανεπιστημίου Πελοποννήσου,
Επισκέπτης Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Σωτηρία Σχορετσανίτη

Ψυχολόγος, διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, επιστημονική συνεργάτις στο
Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας

Ελίζα Φερεκίδου

Βιολόγος, PhD, επιστημονική συνεργάτις στο Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών
Υγείας

Φίλιππος Φιλιππίδης

Lecturer in Public Health, School of Public Health, Imperial College London

Επιτελική Σύνοψη

Εισαγωγή

Η έκθεση με τίτλο «Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας», καταγράφει και αξιολογεί τα σχετικά δεδομένα και τις πληροφορίες που έχουν δημοσιοποιηθεί ως επιστημονικές δημοσιεύσεις, μελέτες, εκθέσεις, κ.ά., από ελληνικούς και διεθνείς φορείς και αρμόδιους ερευνητές.

Το πρώτο (Α) και δεύτερο (Β) μέρος της έκθεσης περιλαμβάνει την ανασκόπηση της θεωρίας και των διεθνών δεδομένων για τις επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων στην υγεία και τις υπηρεσίες υγείας. Τα υπόλοιπα μέρη της Έκθεσης (Γ, Δ, Ε, ΣΤ) αναφέρονται στην οικονομική κρίση στην Ελλάδα και στις επιπτώσεις της.

Διεθνή δεδομένα

Από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας καταγράφεται σε πολλές περιπτώσεις, η αρνητική επίδραση που άσκησε η οικονομική κρίση στην υγεία του πληθυσμού σε διάφορες χώρες. Στις περισσότερες περιπτώσεις, διαπιστώθηκε μείωση του προσδόκιμου ζωής, αύξηση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας, χειρότερηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία και υιοθέτηση ορισμένων ανθυγιεινών συμπεριφορών κυρίως στις πιο ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, όπως άνεργοι, ανασφάλιστοι, κ.ά. Διαπιστώθηκαν, επίσης, σοβαρά προβλήματα στη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας. Οι αρνητικές αυτές επιδράσεις περιορίστηκαν σημαντικά στις χώρες που υπήρχε ή αναπτύχθηκε ισχυρή κοινωνική πολιτική υποστήριξης και αλληλεγγύης, καθώς και διατήρηση των δαπανών για την υγεία στα αναγκαία επίπεδα.

Δημογραφία – Προσδόκιμο Ζωής

Σε ό,τι αφορά τη χώρα μας, η οικονομική κρίση της τελευταίας 5ετίας, σχετίζεται χρονικά και πιθανότατα και αιτιολογικά με μείωση του ελληνικού πληθυσμού μετά το 2010, λόγω μείωσης της γονιμότητας και αύξησης της μετανάστευσης. Οι γεννήσεις στην Ελλάδα το 2014

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

παρουσίασαν μείωση κατά 2,1% σε σχέση με το 2013. Η φυσική μεταβολή του πληθυσμού παρουσίασε αρνητική εξέλιξη, με φυσική μείωση του πληθυσμού κατά 21.592 άτομα. Το προσδόκιμο ζωής το 2012 παρουσίασε μικρή μείωση σε σύγκριση με το 2011. Το 2013, ωστόσο, το προσδόκιμο ζωής σημείωσε μικρή αύξηση και για τα δύο φύλα, πλησιάζοντας τα επίπεδα του 2011, ενώ το 2014 παρέμεινε στάσιμο περίπου στα ίδια επίπεδα. Συγκριτικά με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, η Ελλάδα το 2013 παρουσίασε υψηλότερο προσδόκιμο ζωής, 81,4 έτη έναντι 80,4 ετών του ΟΟΣΑ. Κατά τη χρονική περίοδο 2004 – 2012, τα Έτη Υγιούς Ζωής (ΕΥΖ) στην ηλικία των 65 ετών μειώθηκαν κατά 1 έτος για τους άνδρες και 2,5 έτη για τις γυναίκες. Τα Έτη Υγιούς Ζωής στην Ελλάδα το 2012 είναι αντίστοιχα με εκείνα της Ε.Ε.25 για τους άνδρες, ενώ για τις γυναίκες είναι λιγότερα κατά 1,2 έτη σε σχέση με τον μέσο όρο της Ε.Ε.25.

Θνησιμότητα

Η θνησιμότητα απ' όλες τις αιτίες μειώνεται στο διάστημα 2004-2013, με μικρή μόνο αύξηση το 2012. Τη μεγαλύτερη μείωση θνησιμότητας παρουσιάζουν οι ηλικίες 15-29 ετών, 30-44 ετών και άνω των 75 ετών. Η οικονομική κρίση δεν επηρέασε τη βελτίωση της βρεφικής και περιγεννητικής θνησιμότητας την περίοδο 2004-2012. Ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας σημειώνει το 2013 αύξηση σε σύγκριση με το 2012, ενώ το 2014 ο δείκτης παραμένει στα ίδια επίπεδα με το 2013.

Νοσηρότητα

Κατά την περίοδο 2000-2012 παρατηρείται αύξηση κατά 21% του αριθμού των εξιτηρίων στα ελληνικά νοσοκομεία. Η αύξηση αυτή μπορεί να αποδοθεί σε τρεις βασικές αιτίες: στη γήρανση του πληθυσμού και τη συνακόλουθη αύξηση των αναγκών για νοσοκομειακή περίθαλψη, καθώς και στη μεγαλύτερη ζήτηση για δημόσιες νοσοκομειακές υπηρεσίες, λόγω μεγαλύτερης αδυναμίας προσφυγής στον ιδιωτικό τομέα στη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Το ποσοστό του πληθυσμού που αντιμετωπίζει κάποια χρόνια πάθηση το 2014 (24%), παρουσιάζει αύξηση ιδιαίτερα κατά την περίοδο 2009-2012. Η υπερχοληστερολαιμία και η αρτηριακή υπέρταση φαίνεται να κατέχουν τις πρώτες θέσεις σταθερά.

Την περίοδο 2012 – 2015, καταγράφηκε αύξηση της αυτοαναφερόμενης νοσηρότητας της τάξεως του 55,5% το 2013 και του 39% το 2015. Στο διάστημα 2007-2014 παρατηρείται μικρή μείωση του ποσοστού αυτών που αναφέρουν «πολύ καλή» και «καλή» και μικρή αύξηση όσων αναφέρουν «κακή» υγεία. Το 2015 σχεδόν το 1/3 (28,5%) του πληθυσμού αυτό-αξιολογεί την κατάσταση της υγείας του ως μέτρια και κακή.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Ο δείκτης Σωματικής Υγείας της Ποιότητας Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία (ΠΖσΥ) μειώνεται σημαντικά στην περίοδο 2013-2015 για τους άνδρες και τις γυναίκες. Όσον αφορά τον δείκτη Ψυχικής Υγείας, παρατηρείται σημαντική μείωση στο διάστημα 2010-2015 και για τα δύο φύλα, άνδρες και γυναίκες. Η χαμηλή αυτό-προσδιοριζόμενη υγεία (SHR) εμφανίζεται πιο συχνή σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, ανέργους, συνταξιούχους, νοικοκυρές και άτομα που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις, σε αντίθεση με τους άνδρες, τα άτομα με ανώτερη εκπαίδευση και με υψηλότερο εισόδημα.

Ψυχική Νοσηρότητα

Σε περιόδους οικονομικής κρίσης, ο φτωχότερος πληθυσμός και τα άτομα που ήδη αντιμετωπίζουν κάποιο ψυχικό νόσημα αποτελούν ομάδες υψηλού κινδύνου, καθώς οι συνθήκες φτώχειας μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά τη ψυχική υγεία, αλλά και οι ψυχικά ασθενείς μπορεί να οδηγηθούν στη φτώχεια εξαιτίας του προβλήματος που αντιμετωπίζουν. Τα ποσοστά αυτοκτονιών αυξήθηκαν την περίοδο της κρίσης κατά 5-7% ετησίως με τα ποσοστά των ανδρών να είναι υψηλότερα έναντι των γυναικών. Οι θάνατοι από αυτοκτονίες στην Ελλάδα αυξήθηκαν σημαντικά από 377 το 2010 σε 533 το 2013. Το προτυποποιημένο κατά ηλικία ποσοστό αυτοκτονιών ανά 100.000 πληθυσμού για την Ελλάδα το έτος 2013 ήταν 4,2%, ενώ ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ ήταν 12,0%. Παρατηρείται αύξηση της μείζονος κατάθλιψης από 3,3% το 2008, σε 6,8% το 2009, 8,2% το 2011 και 12,3% το 2013. Για την περίοδο 2009-2014, ο επιπολασμός της αυτό-αναφερόμενης κατάθλιψης παρουσιάζει αύξηση 80,8%. Το ποσοστό των γυναικών που δήλωσαν ότι πάσχουν από κατάθλιψη είναι τέσσερις φορές μεγαλύτερο από αυτό των ανδρών.

Παράγοντες Συμπεριφοράς

Οι τάσεις στον επιπολασμό, στην κατανάλωση και στην πρόθεση για τη διακοπή του καπνίσματος εμφανίζονται πτωτικές στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας (2006-2015). Παρόλα αυτά, η Ελλάδα συνεχίζει να κατέχει μία από τις πρώτες θέσεις στον επιπολασμό του καπνίσματος διεθνώς. Σε ό, τι αφορά το παθητικό κάπνισμα, στα εστιατόρια και στα καφέ-μπαρ αναφέρονται υψηλότερα επίπεδα καπνού το 2013 σε σύγκριση με το 2010.

Στο διάστημα 2006-2011 παρουσιάζεται μείωση της κατανάλωσης δημητριακών, πατάτας, και ζάχαρης, ενώ σταθερή έμεινε η κατανάλωση κρέατος, ψαριών, αυγών, οσπρίων, τυριού, ελαιόλαδου και καφέ. Στο διάστημα αυτό αυξάνει γενικά η απόκλιση από τις βασικές οδηγίες της Μεσογειακής Διατροφής.

Κατά την περίοδο 2010-2014, υπάρχει μια σταθεροποίηση του ποσοστού παχυσαρκίας τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Ευρώπη καθώς και παγκόσμια. Η Ελλάδα το 2013 εμφανίζει ποσοστό παχυσαρκίας 19.6% του πληθυσμού, ενώ ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ είναι 19%. Επτά στους δέκα ενήλικες στην Ελλάδα είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι. Οι άνδρες είναι συχνότερα υπέρβαροι, ενώ οι γυναίκες είναι συχνότερα παχύσαρκες. Για την ηλικία των 13 ετών, η χώρα μας το 2010 κατείχε την πρώτη θέση ανάμεσα στις χώρες της Ευρώπης.

Σε ό,τι αφορά την φυσική άσκηση, τα αποτελέσματα των σχετικών ερευνών διαφέρουν. Σύμφωνα με τις έρευνες Hellas Health, μκαταγράφεται μείωση της φυσικής άσκησης στους ενήλικες κατά την περίοδο 2009-2013.

Το 2015 παρατηρήθηκε -συγκριτικά με το 2006- στο ποσοστό των ατόμων που δήλωσαν κατανάλωση αλκοολούχων ποτών δύο έως και τουλάχιστον τεσσάρων μερίδων. Ταυτόχρονα, παρατηρήθηκε αύξηση των ατόμων που αρκούνται στην κατανάλωση του ενός ποτού εβδομαδιαίως (2015: 18,1% vs 2006: 14,5%).

Ο αριθμός των θανάτων που οφείλονται στη χρήση ναρκωτικών ουσιών, παρουσιάζει σημαντική μείωση κατά την περίοδο 2000-2012. Στο μαθητικό πληθυσμό, από το 2003 έως το 2011, διαφαίνεται σταδιακή αύξηση τόσο στη γενικότερη χρήση παράνομων ουσιών, όσο και ειδικότερα στη χρήση κάνναβης. Ειδικότερα, από το 2006 έως το 2014, στους έφηβους – μαθητές ηλικίας 15 ετών, παρατηρείται σταδιακή αύξηση στη χρήση κάνναβης ≥ 1 φορά τόσο σε όλη τη ζωή, όσο και τους τελευταίους 12 μήνες και τις τελευταίες 30 μέρες.

Οι θάνατοι από τροχαία ατυχήματα ανά 100.000 πληθυσμού για το 2013 στην Ελλάδα, ανέρχονται σε 7,9% παρουσιάζοντας σταθερή πτώση κατά 1 μονάδα από το 2010, με τη μέση ετήσια μεταβολή να κυμαίνεται στο 11,3%. Πτωτική πορεία εμφανίζουν και οι τραυματισμοί κατά την περίοδο 2004-2014, με τη μείωση για την περίοδο 2009-2014 να φτάνει στο 23%.

Δαπάνες Υγείας

Οι συνολικές δαπάνες υγείας την περίοδο της οικονομικής κρίσης ακολούθησαν την πτωτική τάση του ΑΕΠ. Το ΑΕΠ μειώνεται το 2011 κατά 22,6 δις ευρώ ή 9,8% και η συνολική δαπάνη υγείας κατά 4,4 δις ευρώ ή 18,9%. Το 2012, η μείωση των δαπανών υγείας ήταν πάνω από 2 δις ευρώ (1% του ΑΕΠ), ενώ το 2013 το ποσοστό των δαπανών υγείας υπολογίζεται στο 8,65% του ΑΕΠ, ποσοστό χαμηλότερο από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (9,8%). Το ίδιο έτος η δημόσια δαπάνη υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ προσέγγισε το 5,5%, έναντι 7,8%

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

στην Ε.Ε. και 8,0% στην Ευρωζώνη. Σε ό,τι αφορά τις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας, η Ελλάδα σε απόλυτους αριθμούς το 2013 κατείχε μία ενδιάμεση θέση, όταν όμως οι δαπάνες αυτές προσαρμόζονται στις οικονομικές δυνατότητες κάθε χώρας, τότε η σειρά τροποποιείται σε σημαντικό βαθμό κόμμα με την Ελλάδα να κατέχει την τελευταία θέση. Έτσι, σήμερα, το σύστημα υγείας υποχρηματοδοτείται, αφού η Συνολική Δαπάνη Υγείας για το 2015 ήταν 15 δις ευρώ, η δημόσια δαπάνη υγείας 9,5 δις ευρώ και η ιδιωτική δαπάνη υγείας 5,5 δις ευρώ, με αποτέλεσμα, η δημόσια δαπάνη για την υγεία να μην ξεπερνά το 5% του ΑΕΠ, ποσοστό που υπολείπεται σημαντικά από το αντίστοιχο άλλων ανεπτυγμένων χωρών.

Στη διάρκεια της οικονομικής κρίσης υπήρξε σημαντική μείωση της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης, κυρίως της δημόσιας, η οποία από 5,3 δις ευρώ το 2008, δεν ξεπέρασε τα 2,2 δις ευρώ το 2014, με αποτέλεσμα, η κατά κεφαλήν δημόσια φαρμακευτική δαπάνη να είναι από το 2011 και μετά χαμηλότερη από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ειδικότερα, σε ό,τι αφορά τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, είναι εμφανής η ραγδαία αύξηση στο διάστημα 2000-2009 και η ραγδαία μείωση στο διάστημα 2009-2015, με πρόβλεψη για σταθεροποιητικές τάσεις την επόμενη τριετία. Αξίζει να επισημανθεί ότι στην Ελλάδα, παρά το ότι συνυπάρχουν οι δύο βασικές δημόσιες πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας (φορολογία και κοινωνική ασφάλιση), το ποσοστό της ιδιωτικής δαπάνης εξακολουθεί να είναι ένα από τα υψηλότερα στον ΟΟΣΑ. Οι δαπάνες υγείας αποτελούσαν το 2014 το 7,2% των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών έναντι 6,5% το 2009, αν και ο μέσος όρος μηνιαίας δαπάνης ανά νοικοκυριό για την υγεία το 2014 παρουσίασε μείωση κατά 21% σε απόλυτα μεγέθη σε σχέση με το 2009 (105,8 ευρώ έναντι 134,4 ευρώ το 2009). Το ποσοστό του ετήσιου οικογενειακού εισοδήματος για δαπάνες υγείας είναι πενταπλάσιο στη χαμηλότερη εισοδηματική κατηγορία σε σύγκριση με την υψηλότερη.

Ιατρονοσηλευτική Κάλυψη

Η ασφαλιστική κάλυψη για την υγεία το 2013 έχει μειωθεί κατά 21% , καλύπτοντας το 79% του πληθυσμού από 100% πριν την οικονομική κρίση. Η Ελλάδα κατέχει, ανάμεσα στις χώρες της Ε.Ε., το υψηλότερο ποσοστό υγειονομικά ανασφάλιστου πληθυσμού (21%). Η Ελλάδα διαθέτει τους περισσότερους γιατρούς και τη χαμηλότερη αντιστοιχία ιατρικού/νοσηλευτικού προσωπικού (1/0.6) μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Κατά την περίοδο 2000-2013, ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών παραμένει πρακτικά σταθερός (4.7 κλίνες ανά 1000 άτομα πληθυσμού).

Χρήση Υπηρεσιών Υγείας

Η οικονομική κρίση ανάγκασε τους πολίτες να αλλάξουν συμπεριφορά ως προς την λήψη υπηρεσιών υγείας και να στραφούν περισσότερο στις δημόσιες δομές υγείας για να μειώσουν τη δαπάνη και οδήγησε πολλούς ασθενείς να αποφεύγουν τη λήψη υπηρεσιών υγείας, καθώς δεν μπορούν να καλύψουν τα έξοδα. Στις εισαγωγές νοσηλευόμενων εσωτερικών ασθενών κατά τα έτη 2009-2012 σημειώνεται συνεχής αύξηση, ενώ παραμένουν σταθερές την περίοδο 2012-2014. Στις ημερήσιες νοσηλείες παρατηρείται, για την περίοδο αυτή, αύξηση 25,5%. Μικρή ικανοποίηση καταγράφεται από τους χρήστες των υπηρεσιών, με το 42% να δηλώνει μέτρια/κακή/πολύ κακή ικανοποίηση.

Ποσοστό 22% δήλωσε ότι έχει πρόβλημα στην πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας με κύριο αναφερόμενο φραγμό το οικονομικό κόστος. Κατά το 2014, χρειάστηκαν και δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα να λάβουν ιατρική φροντίδα ή θεραπεία, το 13,9% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω. Οδοντιατρική φροντίδα ή θεραπεία δεν έλαβε το 15,4% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω. Την ίδια χρονιά, χρειάστηκαν και δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα να λάβουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας από ψυχολόγο ή ψυχίατρο το 4,3% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω. Την περίοδο 2008-2012 παρουσιάζεται σημαντική μείωση στη διενέργεια αξονικών και μαγνητικών εξετάσεων, αλλά αύξηση στον αριθμό σχετικών μηχανημάτων. Μείωση 27,6%, σε σχέση με το 2009, καταγράφεται στο ποσοστό των γυναικών που δεν έχουν κάνει ποτέ στη ζωή τους μαστογραφία: το 2014 ήταν 38,4% ενώ το 2009 53,0%. Μείωση 33,9% σε σχέση με το 2009 καταγράφεται στο ποσοστό των γυναικών που δεν έχουν κάνει ποτέ στη ζωή τους pap test: το 2014 ήταν 20,7% ενώ το 2009 31,3%, χωρίς όμως να τροποποιούνται σημαντικά τα χαμηλά ποσοστά χρήσης προληπτικών υπηρεσιών στην Ελλάδα.

Φαρμακευτική περίθαλψη

Η οικονομική κρίση επέφερε σημαντική μείωση των πωλήσεων σε αξίες, καθώς και των απασχολούμενων στον τομέα του φαρμάκου (περίπου 30%). Επέφερε, επίσης, σημαντικές απώλειες φορολογικών εσόδων, ύψους 207 εκατ. ευρώ και συνολικές απώλειες που φτάνουν τα 500 εκατ. ευρώ, καθώς και γενικότερη συρρίκνωση της εγχώριας παραγωγής. Σε ό,τι αφορά τα γενόσημα φάρμακα, το μερίδιο αγοράς που κατέχουν, παρά τη μικρή αύξηση που επήλθε, παραμένει περιορισμένο σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, λόγω έλλειψης κινήτρων και αδυναμίας ελέγχου του φαινομένου της υποκατάστασης φθηνότερων γενόσημων φαρμάκων από άλλα ακριβότερα.

Η μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης επιβάρυνε και

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

τους ασθενείς, των οποίων η συμμετοχή στο κόστος των φαρμάκων αυξήθηκε από 12,8% τον Ιανουάριο του 2012 σε 29,3% τον Ιούλιο του 2014, ενώ το 2015 είχε σταθεροποιηθεί στο 25%, όταν τα εισοδήματα είχαν μειωθεί κατά περίπου 30%. Παρά το γεγονός ότι στο διάστημα 2012-2014 αυξήθηκε σε όγκο η κατανάλωση φαρμάκων και οι κατά κεφαλήν πωλήσεις παραμένουν υψηλές σε σχέση με τις χώρες της Ε.Ε. (κυρίως στα αντιβιοτικά), ένας στους τέσσερις πολίτες που λαμβάνει φάρμακα σε τακτική βάση, έχει μειώσει την κατανάλωση ειδών πρώτης ανάγκης για την κάλυψη του κόστους των φαρμάκων, ενώ ένας στους πέντε καθυστερεί να εκτελέσει ή και δεν λαμβάνει τελικά τη συνταγή λόγω αδυναμίας πληρωμής της σχετικής δαπάνης. Στην πλειονότητα των ατόμων, όλων των επαγγελματικών κατηγοριών, διαπιστώνεται δέσμευση για συνταγογραφούμενα φάρμακα ποσοστού τους εισοδήματος μέχρι 10%. Πάνω από τους μισούς συνταξιούχους, ανέργους και νοικοκυρές αναφέρουν μεγάλη ανησυχία για την πληρωμή των φαρμάκων, ενώ ένας στους τρεις καλύπτει ίδια δαπάνη την αγορά φαρμάκων (άνεργοι 42,3%). Ένας στους τρεις ασθενείς με καρκίνο και ένας στους δύο ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, αντιμετώπιζαν πρόβλημα πρόσβασης στην φαρμακευτική θεραπεία, ενώ από το 2013 στο 2014 αυξήθηκε το ποσοστό των ασθενών που δηλώσαν διακοπή λόγω υψηλού κόστους της υπολιπιδαιμικής φαρμακευτικής αγωγής, από 13% σε 16,5%.

Εμβολιαστική κάλυψη

Σε γενικές γραμμές, η εμβολιαστική κάλυψη των παιδιών στην Ελλάδα είναι πολύ υψηλή, και η εικόνα με βάση τα τελευταία δεδομένα του 2012 και 2013, βρέθηκε βελτιωμένη σε σχέση με τα δεδομένα της αντίστοιχης μελέτης του 2006. Το ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω που εμβολιάστηκε κατά της γρίπης κατά τη διάρκεια του έτους 2014 παρουσιάζει αύξηση 94,0%, συγκριτικά με το 2009.

Αξιολόγηση Συστήματος Υγείας

Σύμφωνα με τα στοιχεία της ετήσιας αξιολόγησης συστημάτων υγείας 45 χωρών από το Euro Health Consumer Index (ECHI), η Ελλάδα το 2015 κατείχε την 28η θέση με 577 βαθμούς (άριστα οι 1.000), ενώ το 2012 κατείχε την 22η θέση, το 2013 την 25η θέση και το 2014 την 28η θέση. Από τις επιμέρους επιδόσεις της Ελλάδας, στις καλές επιδόσεις ξεχωρίζουν η άμεση πρόσβαση σε ιατρικές ειδικότητες, η μείωση της θνησιμότητας από εγκεφαλικά, η μείωση της βρεφικής θνησιμότητας, ο παιδικός εμβολιασμός, η μειωμένη συχνότητα υπερτασικών και η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ. Αντίθετα, στις αρνητικές επιδόσεις ξεχωρίζουν πολλά από τα κριτήρια στην πληροφόρηση και στα δικαιώματα των ασθενών, οι οικογενειακοί γιατροί, οι λίστες αναμονής στους καρκινοπαθείς, η επιβίωση των καρκινοπαθών, οι ενδοσκοπομειακές

λοιμώξεις, οι κοινωνικές ανισότητες στην πρόσβαση, οι παράνομες πληρωμές, το κάπνισμα, η έλλειψη φυσικής άσκησης, οι θάνατοι από τροχαία, η καθυστερημένη εισαγωγή καινοτόμων φαρμάκων και η υψηλή κατανάλωση φαρμάκων, κυρίως αντιβιοτικών.

Προτάσεις

Με βάση τις διαπιστώσεις και τα συμπεράσματα της έκθεσης διατυπώνονται προτάσεις:

1. Για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων στην υγεία του ελληνικού πληθυσμού.
2. Για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων στις συμπεριφορές που επιδρούν στην υγεία.
3. Για τη βελτίωση του συστήματος υγείας:
 - 3.1. Τη βελτίωση το Εθνικού Συστήματος Υγείας.
 - 3.2. Την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και των Υπηρεσιών Πρόληψης.
 - 3.3. Την ενίσχυση του ΕΟΠΥΥ.
 - 3.4. Την πρόσβαση στα φάρμακα.
 - 3.5. Την άσκηση κοινωνικών – προνοιακών πολιτικών.

Περιεχόμενα

A	ΕΙΣΑΓΩΓΗ	18
	A1. ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ.....	19
	A2. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	21
	A3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ.....	23
B	ΔΙΕΘΝΗ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	26
	B1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	27
	B2. ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ.....	28
	B3. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ.....	30
	B4. ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ.....	32
	B5. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	37
	B6. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	40
	B7. ΑΝΕΡΓΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ.....	44
Γ	Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	51
	Γ1. ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ.....	52
	Γ1.1 Οι Παθογένειες του Ελληνικού Αναπτυξιακού και Κοινωνικού Προτύπου.....	52
	Γ1.2. Η Οικονομική Κρίση και οι Συνέπειές της στο ΑΕΠ και την Απασχόληση.....	55
	Γ1.3. Οικονομική Κρίση και Κοινωνική Πολιτική.....	58
	Γ2. ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ.....	61
	Γ3. ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ.....	65
Δ	ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	71
	Δ1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΑ.....	72
	Δ1.1. Πληθυσμός της Ελλάδας.....	72

Δ1.2.	Προσδόκιμο Ζωής.....	77
Δ1.3.	Προσδόκιμο Υγιούς Ζωής.....	81
Δ1.4.	Συμπεράσματα.....	83
Δ2.	ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ.....	85
Δ2.1.	Γενική Προτυποποιημένη Θνησιμότητα.....	85
Δ2.1.1.	Ειδική Θνησιμότητα, κατά ηλικία.....	87
Δ2.1.2.	Βρεφική Θνησιμότητα.....	88
Δ2.1.3.	Περιγεννητική Θνησιμότητα.....	89
Δ2.2.	Ειδική Προτυποποιημένη Θνησιμότητα κατά αιτία.....	90
Δ2.2.1.	Κακοήθη Νεοπλάσματα.....	91
Δ2.2.2.	Ατυχήματα.....	92
Δ2.2.3.	Αναπνευστικό Σύστημα.....	93
Δ2.3.	Συμπεράσματα.....	93
Δ3.	ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ.....	95
Δ3.1.	Εξιτήρια Ασθενών ανά Νόσο, Φύλο, Ηλικία.....	95
Δ3.2.	Αυτόαναφερόμενη Νοσηρότητα.....	98
Δ3.3.	Συμπεράσματα.....	107
Δ4.	ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ.....	110
Δ4.1.	Ψυχική Νοσηρότητα.....	107
Δ4.2.	Οικονομική Κρίση και Ψυχική Υγεία.....	112
Δ4.3.	Κατάθλιψη.....	113
Δ4.4.	Αυτοκτονίες.....	121
Δ4.5.	Συμπεράσματα.....	133
Δ5.	ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	139
Δ5.1.	Εισαγωγή.....	139
Δ5.2.	Ενήλικος Πληθυσμός.....	139
Δ5.3.	Αυτοπροσδιοριζόμενη Υγεία (Self Reported Health/SRH).....	143

Δ5.4. Μαθητικός Πληθυσμός.....	145
Δ5.5. Συμπεράσματα.....	146
Δ6. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ.....	148

Ε ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....

150

E1. ΚΑΠΝΙΣΜΑ.....	151
E1.1. Εισαγωγή.....	154
E1.2. Παθητικό Κάπνισμα.....	154
E1.3. Συμπεράσματα.....	151
E2. ΔΙΑΤΡΟΦΗ.....	157
E2.1. Διατροφική Κατανάλωση.....	157
E2.2. Φρούτα και Λαχανικά.....	161
E2.3. Παιδιά και Έφηβοι.....	162
E2.4. Συμπεράσματα.....	164
E3. ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ.....	167
E3.1. Παχυσαρκία Ενηλίκων.....	167
E3.2. Παιδική Παχυσαρκία.....	171
E3.3. Συμπεράσματα.....	175
E4. ΦΥΣΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ.....	178
E4.1. Γενικός Πληθυσμός.....	178
E4.2. Μαθητικός Πληθυσμός.....	180
E4.3. Συμπεράσματα.....	181
E5. ΑΛΚΟΟΛ.....	183
E5.1. Ενήλικος Πληθυσμός.....	183
E5.2. Μαθητικός Πληθυσμός.....	186

E5.3.	Συμπεράσματα.....	188
E6.	ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ.....	190
E6.1.	Θάνατοι Σχετιζόμενοι με Λήψη Ψυχοδραστικών Ουσιών.....	190
E6.2.	Ενήλικος Πληθυσμός.....	191
E6.3.	Μαθητικός Πληθυσμός.....	191
E6.4.	Συμπεράσματα.....	196
E7.	ΟΔΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ.....	198
E7.1.	Συμπεράσματα.....	206
E8.	ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΣΤΙΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	209

ΣΤ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ..... 211

ΣΤ1.	ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ - ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	212
ΣΤ1.1.	Εξέλιξη της Χρηματοδότησης του Συστήματος Υγείας ανά Χρηματοδοτικό φορέα.....	212
ΣΤ1.2.	Κατανομή Χρηματοδότησης ανά Τομείς.....	216
ΣΤ1.3.	Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα.....	220
ΣΤ1.4.	Εξέλιξη της Δαπάνης Υγείας στην Ελλάδα σε Σύγκριση με τις Χώρες του ΟΟΣΑ.....	224
ΣΤ1.5.	Εξέλιξη της Δαπάνης Υγείας στην Ελλάδα σε Σύγκριση με την Ευρωζώνη (2003-2011).....	228
ΣΤ1.6.	Εξέλιξη της Συνολικής Δαπάνης Υγείας στην Ελλάδα κατά Μείζονα Κατηγορία Υπηρεσιών Υγείας (€, % ΑΕΠ).....	232
ΣΤ1.7.	Εξέλιξη της Δημόσιας Δαπάνης Υγείας στην Ελλάδα Κατά Είδος Υπηρεσιών (€, % ΑΕΠ).....	237
ΣΤ1.8.	Δημόσιες Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα ανά Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠΕ).....	242
ΣΤ1.9.	Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη στην Ελλάδα.....	248
ΣΤ1.10.	Ιδιωτική Δαπάνη Υγείας στην Ελλάδα.....	251

ΣΤ1.11. Συμπεράσματα.....	255
ΣΤ2. ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ.....	258
ΣΤ2.1. Εισαγωγή.....	255
ΣΤ2.2. Ανθρώπινο Δυναμικό.....	261
ΣΤ2.3. Νοσοκομειακές Κλίνες.....	266
ΣΤ2.4. Συμπεράσματα.....	272
ΣΤ3. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	274
ΣΤ3.1. Εισαγωγή.....	274
ΣΤ3.2. Δυσκολία στην Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας.....	275
ΣΤ3.3. Ζήτηση – Χρήση Εξωνοσοκομειακών (πρωτοβάθμιων) Υπηρεσιών Υγείας.....	281
ΣΤ3.4. Ζήτηση – Χρήση Διαγνωστικών και Προληπτικών Εξετάσεων.....	281
ΣΤ3.5. Χρήση των Νοσοκομειακών Υπηρεσιών.....	285
ΣΤ3.6. Αποτίμηση Νοσοκομειακών Μονάδων.....	287
ΣΤ3.6.1. Το ESY.net.....	287
ΣΤ3.6.2. Λειτουργικοί Δείκτες.....	287
ΣΤ3.6.3. Δείκτες Απόδοσης Νοσοκομείων.....	288
ΣΤ3.7. Συμπεράσματα.....	291
ΣΤ4. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ.....	295
ΣΤ4.1. Εισαγωγή.....	295
ΣΤ4.2. Οικονομικοί περιορισμοί και πρόσβαση στη φαρμακευτική περίθαλψη.....	307
ΣΤ4.3. Συμπεράσματα.....	316
ΣΤ5. ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ.....	328
ΣΤ5.1. Παιδικός Πληθυσμός.....	328
ΣΤ5.2. Ενήλικος Πληθυσμός.....	332
ΣΤ5.3. Συμπεράσματα.....	332

ΣΤ6. Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.....335

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ
ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ
ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
Μάρτιος 2016

Εισαγωγή



A1. Οικονομία και Υγεία

Η σχέση της οικονομίας με την υγεία είναι πολλαπλά τεκμηριωμένη. Σε παγκόσμιο επίπεδο, υπάρχει σαφής αντιστοιχία ανάμεσα στην οικονομία κάθε χώρας και στην υγεία του πληθυσμού της, με την αύξηση του εισοδήματος να βελτιώνει την υγεία. Μέχρι και τα 2/3 των διαφορών που παρουσιάζουν οι δείκτες υγείας από πληθυσμό σε πληθυσμό οφείλονται σε οικονομικούς λόγους. Η επίδραση του εισοδήματος στην υγεία είναι πιο εμφανής στη βρεφική και στην παιδική θνησιμότητα και λιγότερο στο προσδόκιμο ζωής¹.

Η φτώχεια γεννά την αρρώστια, ενώ ο πλούτος προστατεύει και προάγει την υγεία. Η αύξηση του εισοδήματος οδηγεί σε βελτίωση της υγείας, εφόσον παρέχει τη δυνατότητα για καλύτερη κατοικία, για πιο ασφαλές και υγιεινό περιβάλλον, για επαρκή διατροφή, καθώς και για πολλούς άλλους κοινωνικούς και υλικούς παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία. Υψηλότερο εισόδημα σημαίνει επίσης περισσότερους πόρους για πρόληψη, περίθαλψη και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες. Από την άλλη πλευρά, η υγεία επηρεάζει το εισόδημα. Η επένδυση στην υγεία αποτελεί μοχλό οικονομικής ανάπτυξης. Ένα έτος αύξησης του προσδόκιμου ζωής επιφέρει 4% αύξηση του ΑΕΠ². Ένας υγιής πληθυσμός είναι και πιο παραγωγικός. Στις ΗΠΑ υπολογίστηκε ότι το 8,3% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ) είναι πλούτος που παράγεται χάρη στη μείωση της θνησιμότητας από το 1940 και μετά³. Είναι ενδεικτικό ότι στη Μεγ. Βρετανία το βασικό επιχείρημα για τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας και την παροχή δωρεάν περίθαλψης, πριν από 60 περίπου χρόνια, ήταν ότι ένας πιο υγιής πληθυσμός θα είναι πιο παραγωγικός και θα συμβάλει στην ανάπτυξη της οικονομίας.

Η σχέση όμως μεταξύ υγείας και οικονομίας δεν είναι μονοσήμαντη. Το κυρίαρχο οικονομικό επιχείρημα ότι μπορούμε να είμαστε υγιείς μόνο σε μια υγιή και πλούσια οικονομία, δεν αποδίδει πλήρως το πραγματικό περιεχόμενο της σχέσης. Ούτε η συνεχής οικονομική ανάπτυξη αποτελεί από μόνη της εγγύηση για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας. Η υγεία συναρτάται άμεσα με τον πλούτο μιας χώρας όσο η χώρα αυτή δεν έχει υπερβεί ένα ορισμένο επίπεδο οικονομικής

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

ανάπτυξης, που οι οικονομολόγοι της υγείας το υπολογίζουν γύρω στα 5.000 δολάρια κατά κεφαλήν ΑΕΠ⁴.

Το όριο των 5.000 δολάρια κατά κεφαλήν χαρακτηρίζεται συνήθως από την επιδημιολογική μετάβαση από τη νοσηρότητα των λοιμωδών νοσημάτων στη «νοσηρότητα της αφθονίας» (καρδιαγγειακά, κακοήθη νεοπλασμάτα, άλλα χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα).

Η πραγματική επίδραση της οικονομίας στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού μπορεί να εκτιμηθεί σωστά μόνο μέσα από το πρίσμα δύο καθοριστικών δομών κάθε κοινωνίας: του τρόπου οργάνωσης της οικονομίας και της μορφής κοινωνικής διαστρωμάτωσης σε σχέση με την παραγωγή. Για τις πιο πλούσιες χώρες, που έχουν εξασφαλίσει τους απαραίτητους υλικούς πόρους, η περαιτέρω βελτίωση της υγείας συναρτάται πρωτίστως με τη δίκαιη κατανομή του πλούτου και την ύπαρξη κοινωνικής συνοχής⁵.

Για όλους αυτούς τους λόγους, αυτό που προέχει σε ότι αφορά την προστασία και την προαγωγή της υγείας ενός πληθυσμού, είναι ο δίκαιος τρόπος κατανομής του πλούτου και η ύπαρξη κοινωνικών θεσμών και υπηρεσιών που να καταπολεμούν τις κοινωνικές ανισότητες και να προστατεύουν τα πιο φτωχά και ευάλωτα στρώματα.

A2. Η Επίδραση της Οικονομικής Κρίσης στην Υγεία

Οι περίοδοι κρίσεων, οικονομικών, κοινωνικών ή άλλων, λόγω των ειδικών συνθηκών που διαμορφώνονται κατά τη διάρκειά τους, έχουν συγκεντρώσει στο παρελθόν το ενδιαφέρον πολλών επιστημονικών κλάδων. Μεταξύ άλλων, έχουν μελετηθεί και οι συνέπειές τους στον τομέα της δημόσιας υγείας. Ωστόσο, είναι γεγονός, ότι η υγεία ενός πληθυσμού διαμορφώνεται από πλήθος παραγόντων, οι οποίοι αλληλεπιδρούν μεταξύ τους μέσω εξαιρετικά πολύπλοκων σχέσεων, τις οποίες πολλές φορές είναι αδύνατο να διερευνήσουμε. Τα δεδομένα που υπάρχουν για τις συνέπειες των οικονομικών κρίσεων στην υγεία προέρχονται από μελέτες παρατήρησης, όπου οι συγχυτικοί παράγοντες είναι δύσκολο να ελεγχθούν.⁶ Επιπλέον, οι οικονομικές κρίσεις σε διαφορετικές χώρες και εποχές μπορεί να έχουν πολύ διαφορετικά χαρακτηριστικά, αιτιολογία, διάρκεια και ένταση, ενώ και οι πολιτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των συνεπειών τους ποικίλουν σε σημαντικό βαθμό.

Κάθε οικονομική κρίση, σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό, μειώνει το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ), προκαλεί απώλεια του οικογενειακού και ατομικού εισοδήματος των περισσότερων πολιτών, αυξάνει την ανεργία και τον κίνδυνο απώλειας της εργασίας, χειροτερεύει τις συνθήκες κατοικίας και εργασίας, περιορίζει τις κοινωνικές παροχές και την ασφαλιστική κάλυψη, δυσχεραίνει τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, καθώς και την πρόσβαση των πολιτών σ' αυτές¹.

Οι αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης έχουν σαν αποτέλεσμα τη χειροτέρευση της σωματικής και ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Στις περισσότερες περιπτώσεις που μελετήθηκαν διεθνώς, διαπιστώθηκε μείωση του προσδόκιμου ζωής, αύξηση των δεικτών θνησιμότητας και νοσηρότητας, χειροτέρευση της Ποιότητας Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία (ΠΖΣΥ) και υιοθέτηση ορισμένων ανθυγιεινών συμπεριφορών^{7,8}.

Στον τομέα της σωματικής υγείας, οι πιο ισχυρές επιπτώσεις αφορούν τα λοιμώδη και τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ενώ σε ό,τι αφορά τη ψυχική υγεία, παρατηρείται μεγάλη αύξηση της κατάθλιψης, η οποία σχετίζεται σημαντικά με την παρατηρούμενη αύξηση των αυτοκτονιών.

Οι περισσότερες από τις διαταραχές αυτές συνδέονται αιτιολογικά με το κοινωνικό στρες που προκαλεί η οικονομική κρίση, ιδιαίτερα όταν διαρκεί για περισσότερα χρόνια. Τα πιο σημαντικά νοσήματα που μπορεί να προκαλέσει μακροπρόθεσμα το στρες είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα και η αρτηριακή υπέρταση. Με τη μακροχρόνια έκθεση στο στρες σχετίζονται επίσης το γαστρικό έλκος και ο χρόνιος πονοκέφαλος. Στρεσογόνοι παράγοντες έχουν παρατηρηθεί και πριν από την εμφάνιση ορισμένων άλλων νοσημάτων, όπως της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, της πολλαπλής σκλήρυνσης, της κολίτιδας, των αλλεργιών, των ψυχικών διαταραχών και ορισμένων κακοθών νεοπλασμάτων. Το μεγαλύτερο, όμως, ενδιαφέρον παρουσιάζει η συσχέτιση του στρες με τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Η κινητοποίηση λίπους και γλυκόζης αποτελούν διεργασίες που, είτε άμεσα (λίπος) είτε έμμεσα (σακχαρώδης διαβήτης), προάγουν την αθηρωμάτωση και την καταστροφή των αγγείων.

Το στρες μπορεί ακόμη να προκαλέσει ανωμαλίες στην καθημερινή ζωή και στον ύπνο. Το παρατεταμένο στρες κάνει τα άτομα πιο ευερέθιστα και επηρεάζει τον τρόπο που εργάζονται και την προσπάθεια που καταβάλλουν, ενώ μειώνει και τη δυνατότητα για μάθηση, καταστρέφοντας νευρώνες στον ιππόκαμπο. Έχει επίσης διαπιστωθεί ότι το στρες στα παιδιά επιδρά αρνητικά στην ανάπτυξή τους και επηρεάζει το ύψος τους.

Μια άλλη μακροχρόνια αντίδραση στο στρες είναι η υιοθέτηση ανθυγιεινών συνθηκών, όπως του καπνίσματος, της χρήσης ναρκωτικών, της κατανάλωσης οινοπνεύματος, της έλλειψης σωματικής άσκησης.

Γι' αυτό εξάλλου, στις συμπεριφορές που αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την υγεία, ενώ στον γενικό πληθυσμό παρατηρείται μείωση του καπνίσματος, της κατανάλωσης αλκοόλ και των τροχαίων ατυχημάτων, οι ομάδες του πληθυσμού που πλήττονται περισσότερο από την οικονομική κρίση τείνουν να υιοθετούν σε μεγαλύτερο βαθμό ανθυγιεινές συμπεριφορές όπως το κάπνισμα και το αλκοόλ, καθώς και τη χρήση ναρκωτικών ουσιών⁹. Από όλες αυτές τις ομάδες του πληθυσμού που πλήττονται από την οικονομική κρίση, η πλέον ευάλωτη είναι η ομάδα των ανέργων η οποία αυξάνει σημαντικά λόγω της οικονομικής κρίσης.

Η αύξηση των αστέγων αποτελεί επίσης σημαντικό κίνδυνο για τη δημόσια υγεία. Τα άτομα χωρίς σπίτι πεθαίνουν 40 χρόνια νωρίτερα¹. Ακόμα και η απειλή για κατάσχεση επιδεινώνει την υγεία. Πολλοί δεν αγοράζουν φαγητό ή φάρμακα για να πληρώσουν τις δόσεις.

Στην Ελλάδα, ο αριθμός των αστέγων αυξήθηκε κατά 25% από το 2009 μέχρι το 2011. Οι πολιτικές επιλογές της Φινλανδίας οδήγησαν στη μείωση του αριθμού των αστέγων από το 2009 μέχρι το 2011, σε αντίθεση με τον αριθμό των αστέγων στο Ηνωμένο Βασίλειο, την Ελλάδα, στην Ισπανία και στην Πορτογαλία που αυξήθηκε¹.

A3. Ο Ρόλος των Κοινωνικών Παραγόντων

Η προστασία της υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο γεννιέται, μεγαλώνει, εκπαιδεύεται, εργάζεται και ζει κάθε άτομο. Το κοινωνικό περιβάλλον επιδρά στην υγεία με διάφορους τρόπους. Οι οικονομικές δυνατότητες κάθε ατόμου ή κάθε ομάδας ατόμων, η μορφή της κοινωνικής οργάνωσης, η οικογένεια, η εκπαίδευση, η εργασία, οι υπηρεσίες υγείας, και βέβαια ο πολιτισμός που σφραγίζει την ιδιαιτερότητα και τη διαφορετικότητα κάθε κοινωνίας, αποτελούν μείζονος σημασίας παράγοντες που επιδρούν στην υγεία¹⁰.

Απ' όλους αυτούς τους παράγοντες, ο πιο σημαντικός, όπως ήδη προαναφέρθηκε, είναι ασφαλώς η οικονομική κατάσταση. Η φτώχεια αποτελεί τη μεγαλύτερη απειλή για την υγεία. Εκτός όμως από την οικονομία, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και άλλοι κοινωνικοί παράγοντες, και κυρίως η μορφή της κοινωνικής οργάνωσης. Η σημασία αυτών των παραγόντων, και ιδιαίτερα της σχέσης της οικονομίας με την κοινωνική οργάνωση, έχουν οδηγήσει πολλούς ερευνητές να προσεγγίζουν τα ζητήματα αυτά από τη σκοπιά της «κοινωνικοοικονομικής κατάστασης» (ΚΟΚ) του ατόμου, που συνδυάζει την οικονομία με την κοινωνική θέση -χωρίς αυτό να αναιρεί την ξεχωριστή επίδραση που καθεμιά ασκεί στην υγεία. Κατά σειρά σπουδαιότητας, ακολουθούν η εργασία, η οικογένεια και η εκπαίδευση, ενώ ο ρόλος των υπηρεσιών υγείας και της ιατρικής είναι σχετικά πιο περιορισμένος¹¹.

Συχνά τα τελευταία χρόνια, ορισμένοι απ' αυτούς τους κοινωνικούς παράγοντες συμπεριλαμβάνονται στην έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου. Το κοινωνικό κεφάλαιο περιλαμβάνει θεσμούς κοινωνικής ασφάλειας και υποστήριξης, λειτουργία δικτύων αλληλεγγύης, ισχυρούς ανθρώπινους δεσμούς, κ.ά., που διευκολύνουν το συντονισμό και τη συνεργασία προς αμοιβαίο όφελος. Τα κοινωνικά αυτά δεδομένα συνδέουν σημαντικούς τομείς της κοινωνίας και γεφυρώνουν κοινωνικές ρωγμές, με αποτέλεσμα να ενισχύεται η κοινωνική συνοχή. Ισχυρό κοινωνικό κεφάλαιο διαθέτουν οι επονομαζόμενες «κοινωνίες των πολιτών», οι οποίες ορίζονται ως οι κοινωνίες που δίνουν αξία και προτεραιότητα στην ισότητα, στη δικαιοσύνη, στην αλληλεγγύη, στη συμμετοχή των πολιτών, στη συνεργασία, στο ήθος και στην

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

ακεραιότητα, αλλά και στις οποίες οι κοινωνικοί και πολιτικοί ιστοί είναι οργανωμένοι κυρίως οριζόντια, και όχι κάθετα/ιεραρχικά.

Επειδή, όμως, οι ανθρώπινες κοινωνίες χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη ανισοτήτων, είναι φανερό ότι οι κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι επίσης άνισα καταμεμημένοι σε κάθε πληθυσμό. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα να παρατηρούνται σοβαρές διαφοροποιήσεις στην υγεία, όχι μόνο από κοινωνία σε κοινωνία, αλλά και μεταξύ των μελών κάθε κοινωνίας, ανάλογα με τη θέση που κατέχουν σε αυτήν. Οι διαφοροποιήσεις είναι λιγότερο έντονες στα πρώτα χρόνια της ζωής, ενώ αυξάνονται με το πέρασμα των χρόνων¹².

Η σχέση ανάμεσα στο κοινωνικό περιβάλλον και στην υγεία είναι σχέση δυναμική. Οι κοινωνίες αλλάζουν, το κοινωνικό περιβάλλον διαφοροποιείται, οι νοσογόνοι παράγοντες μεταβάλλονται. Όλες αυτές οι αλλαγές επιδρούν στην εκδήλωση της αρρώστιας και τροποποιούν την κοινωνική κατανομή της. Η κοινωνική κινητικότητα, εξάλλου, επηρεάζει την εμφάνιση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Τα άτομα που ανέρχονται την κοινωνική κλίμακα έχουν επιβαρημένη υγεία λόγω της κοινωνικής τους προέλευσης, ενώ το αντίθετο συμβαίνει με τα άτομα που κατέρχονται την κοινωνική κλίμακα.

Η οικονομική κρίση απειλεί τις χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης και στο εσωτερικό των χωρών αυτών, κυρίως τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα και αναδεικνύει τρία βασικά αλληλοσυνδεόμενα προβλήματα: (α) την αυξανόμενη τάση κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων στο εσωτερικό των χωρών, (β) την ανισοτιμία στις συνθήκες κοινωνικής προστασίας και υγείας, (γ) τις κοινωνικές ανισότητες στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και στα αποτελέσματά τους, δηλαδή στο επίπεδο υγείας¹³.

Για τη μελέτη του φαινομένου των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία έχουν προταθεί διάφοροι τρόποι κοινωνικής ταξινόμησης. Ένας από τους πλέον διαδεδομένους και διεθνώς καταξιωμένους είναι του Βρετανικού Γενικού Ληξιαρχείου, που βασίζεται στην επαγγελματική απασχόληση. Επειδή, όμως, το επάγγελμα και το εισόδημα μπορεί να παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις και ανάμεσα στα μέλη της ίδιας κοινωνικής τάξης, έχουν διαμορφωθεί πιο σύγχρονοι δείκτες, που συνδυάζουν περισσότερες κοινωνικές παραμέτρους¹⁴.

Βιβλιογραφία

1. Στάκλερ Ν, Σάντζεϊ Μ. Πολιτικές ζωής και θανάτου. Πως η κρίση επηρεάζει την ανθρώπινη υγεία [Μ. Μυρώνη, Μεταφρ.]. Αθήνα: Εκδόσεις Ψυχογιός;2014.
2. Φυντανίδου Ε. Όρα μηδέν για ΕΟΠΥΥ και νοσοκομεία. Το Βήμα. 2015 Δεκ 13.
3. Pritchett L, Summers H. Wealthier is healthier. Policy, Research working papers; no. WPS 1150. World development report. Washington: World Bank; 1993. Available at: <http://documents.worldbank.org/curated/en/1993/06/698995/wealthier-healthier>.
4. Marmot G, Bell R. How will the financial crisis affect health? BMJ. 2009;338:b1314.
5. Stuckler D, Basu S, McKee M. Budget crises, health, and social welfare programmes. BMJ.2010; 340:c3311.
6. Marmot G, Bell R. How will the financial crisis affect health? BMJ. 2009;338:b1314.
7. King L, Hamm P, Stuckler D. Rapid large-scale privatization and death rates in ex-communist countries: an analysis of stress-related and health system mechanisms. Int J Health Serv. 2009; 39(3): 461-489.
8. Suhrcke M, Stuckler D, Suk E, Desai M, Senek M, McKee M, Tsoлова S, Basu S, Abubakar I, Hunter P, Rechel B, Semenza C. The impact of economic crises on communicable disease transmission and control: a systematic review of the evidence. PLoS ONE. 2011; 6(6): e20724.
9. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. Lancet. 2009;374(9686):315-323.
10. Τούντας Γ. Κοινωνία και Υγεία. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας;2000.
11. Τούντας Γ, Φρισήρας Σ. Κοινωνία και Υγεία. Αρχ. Ελλ Ιατρ. 1998;15.
12. Τούντας Γ, Φρισήρας Σ. Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία. Ιατρική. 1996;69.
13. Marmot. M. The social pattern of health and disease. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R, editors. Health and Social Organization. Towards a Healthy Policy for the 21st Century. London and New York: Routledge; 1996.
14. Mackenbach JP, Knust AE. Socioeconomic inequalities in health in Europe. Eurohealth. 1999; 5.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ
ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ
ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
Μάρτιος 2016

Διεθνή Δεδομένα



B1. Εισαγωγή

Οι περίοδοι κρίσεων, οικονομικών, κοινωνικών ή άλλων, λόγω των ειδικών συνθηκών που διαμορφώνονται κατά τη διάρκειά τους, έχουν συγκεντρώσει στο παρελθόν το ενδιαφέρον πολλών επιστημονικών κλάδων. Μεταξύ άλλων, έχουν μελετηθεί και οι συνέπειές τους στον τομέα της δημόσιας υγείας¹. Ωστόσο, είναι γεγονός ότι η υγεία ενός πληθυσμού διαμορφώνεται από πλήθος παραγόντων, οι οποίοι αλληλεπιδρούν, μεταξύ τους μέσω εξαιρετικά πολύπλοκων σχέσεων, τις οποίες πολλές φορές, είναι αδύνατο να διερευνήσουμε. Τα δεδομένα που υπάρχουν για τις συνέπειες των οικονομικών κρίσεων στην υγεία προέρχονται από μελέτες παρατήρησης, όπου οι συγχυτικοί παράγοντες είναι δύσκολο να ελεγχθούν². Επιπλέον, οι οικονομικές κρίσεις σε διαφορετικές χώρες και εποχές μπορεί να έχουν πολύ διαφορετικά χαρακτηριστικά, αιτιολογία, διάρκεια και ένταση, ενώ και οι πολιτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των συνεπειών τους ποικίλουν σε σημαντικό βαθμό.

* * *

Βιβλιογραφία

1. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*. 2013 Apr 13;381(9874):1323-31. PubMed PMID: 23541059.
2. Vandembroucke JP. When are observational studies as credible as randomised trials? *Lancet*. 2004 May 22;363(9422):1728-31. PubMed PMID: 15158638. Epub 2004/05/26. eng.

B2. Θνησιμότητα

Οι αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης αφορούν, τόσο τη σωματική, όσο και την ψυχική υγεία. Ορισμένες μελέτες διαπίστωσαν συσχέτιση αυξημένης θνησιμότητάς με περιόδους οικονομικής ύφεσης αλλά δεν εξουδετερώθηκαν πιθανοί συγχυτικοί παράγοντες¹. Από μεγάλες βάσεις δεδομένων θνησιμότητας και απασχόλησης σε 26 χώρες της Ε.Ε. την περίοδο 1970-2007, διαπιστώθηκε αύξηση της θνησιμότητας σε περιόδους οικονομικής κρίσης, αλλά οι αλλαγές θνησιμότητας από καρκίνους δεν μπορούν να αποδοθούν σε βραχείες οικονομικές αλλαγές λόγω του μεγάλου διαστήματος της καρκινογένεσης, όπως του καρκίνου του πνεύμονα λόγω του καπνίσματος, σε αντίθεση με θανάτους από αυτοκτονίες².

Οι οικονομικές κρίσεις στις κομμουνιστικές χώρες της πρώην ΕΣΣΔ τη δεκαετία του 1990, σχετίζονταν με τη μείωση των γιατρών, των οδοντιάτρων και των διαθέσιμων νοσοκομειακών κλινών, καθώς και με την αύξηση θνησιμότητας εξ' αιτίας της κατανάλωσης αλκοόλ και του κοινωνικού στρες που προκάλεσαν αύξηση καρδιαγγειακών νοσημάτων, αυτοκτονιών, ανθρωποκτονιών, κυρίως στους άνδρες^{3,4}.

Πιο συγκεκριμένα, την περίοδο 1991-1994, όταν το εισόδημα μειώθηκε κατά 30%, οι θάνατοι απ' όλες τις αιτίες αυξήθηκαν κατά 20% και οι αυτοκτονίες κατά 40%. Την περίοδο αυτή, γνωστή και ως «μετακομμουνιστική κρίση θνησιμότητας» πέθαναν δέκα εκατομμύρια Ρώσοι. Το δε προσδόκιμο της ζωής των Ρώσων ανδρών μειώθηκε από τα 64 στα 57 χρόνια. Το ΑΕΠ μειώθηκε περισσότερο από το ένα τρίτο. Η ανεργία εκτινάχθηκε το 1998 στο 22%. Η φτώχεια εκτινάχθηκε από 2% το 1987-88 στο 40% το 1995. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα, το ¼ του πληθυσμού ζούσε με λιγότερο από 2 δολάρια την ημέρα (ΠΖΘ/σ.62/3).

Τα ποσοστά αυτά ήταν πιο υψηλά σε χώρες όπου οι κοινωνικο-οικονομικές αλλαγές έγιναν γρήγορα, το δίκτυο κοινωνικής προστασίας ήταν αδύναμο και η κοινωνική συνοχή χαμηλή. Το Καζακστάν, η Λετονία και η Εσθονία σημείωσαν κατακόρυφη άνοδο στα ποσοστά θνησιμότητας, παρόμοια με τη Ρωσία, σε αντίθεση με τη Λευκορωσία,

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

τη Σλοβενία και τη Δημοκρατία της Τσεχίας, που μεταρρυθμίστηκαν πιο αργά, διατηρώντας τα συστήματα κοινωνικής προστασίας και βελτιώνοντας τη δημόσια υγεία (ΠΖΘ/σ.70/19).

Στις ΗΠΑ, κατά τη μεγάλη ύφεση, στα τέλη της δεκαετίας του 1990, το προσδόκιμο ζωής μειώθηκε για πρώτη φορά μετά από τέσσερις τουλάχιστον δεκαετίες. Οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν κατά 4.750, ενώ το ίδιο συνέβη την ίδια περίοδο και στο Ηνωμένο Βασίλειο. Στο Λονδίνο, τα καρδιακά επεισόδια αυξήθηκαν κατά 2.000 εν μέσω της χρηματοπιστωτικής αναταραχής και υπήρξαν περίπου 1.000 επιπλέον αυτοκτονίες (ΠΖΘ/σ.47/27).

Στην Ινδονησία, στη μεγάλη οικονομική κρίση του 1997-1998, όπου τα ποσοστά φτώχειας εκτινάχθηκαν από 15% στο 33%, η βρεφική θνησιμότητα αυξήθηκε 14%, η δε κατανάλωση οινοπνευματωδών ουσιών μειώθηκε κατά 14% σε δύο χρόνια (ΠΖΘ/σ.93/7).

* * *

Βιβλιογραφία

1. Valkonen T, Martikainen P, Jalovaara M, Koskinen S, Martelin T, Mäkelä P. Changes in socioeconomic inequalities in mortality during an economic boom and recession among middle-aged men and women in Finland. *Eur J Public Health*. 2000;274-80.
2. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 2009 Jul 25;374(9686):315-23.
3. King L, Hamm P, Stuckler D. Rapid large-scale privatization and death rates in ex-communist countries: An analysis of stress-related and health system mechanisms. *Int J Health Serv*. 2009;39(3):461-489.
4. Stuckler D, King L, Mckee M. Mass privatization and the post-communist mortality crisis. *Lancet*. 2009;373:399-407.

B3. Σωματική Νοσηρότητα

Όπως ήδη αναφέρθηκε, η οικονομική κρίση έχει αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική νοσηρότητα, κυρίως σε ό,τι αφορά τα λοιμώδη και τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Οι συνέπειες μιας οικονομικής κρίσης στην επίπτωση των μεταδιδόμενων νοσημάτων είναι δύσκολο να εκτιμηθούν, λόγω της τεράστιας ποικιλίας στους τρόπους μετάδοσης των παθογόνων που τις προκαλούν. Ωστόσο, μια πρόσφατη ανασκόπηση εκτίμησε ότι οι δείκτες υγείας που σχετίζονται με μεταδιδόμενα νοσήματα χειροτερεύουν σε περιόδους κρίσεων λόγω των χειρότερων συνθηκών ζωής και των προβλημάτων στις υπηρεσίες υγείας. Τα παιδιά και οι ηλικιωμένοι, καθώς και ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως οι μετανάστες και οι άστεγοι, είναι περισσότερο ευπαθείς σε λοιμώδη νοσήματα και επιδημίες¹.

Μια μελέτη για τη φυματίωση διαπίστωσε ότι σε χώρα της πρώην ΕΣΣΔ στις αρχές της δεκαετίας του 1990, λόγω των περικοπών στις δημόσιες δαπάνες υγείας (-7,5%), των λιγότερων κατά κεφαλήν γιατρών (-7,0%) και της μικρότερης κάλυψης του πληθυσμού στο αντιφυματικό πρόγραμμα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας υπήρξε αύξηση της φυματίωσης κατά 13,9% και αύξηση της θνητότητας από φυματίωση κατά 16,6%. Όταν η χώρα βγήκε από την κρίση, η φυματίωση μειώθηκε κατά μέσο όρο 30,7%².

Στις αρχές της δεκαετίας του 1990, η Ρωσία έγινε επίκεντρο νέων, μεταλλαγμένων στελεχών με ανθεκτικότητα σχεδόν σε όλα τα αντιβιοτικά, με αποτέλεσμα την αναζωπύρωση της φυματίωσης³. Τα κονδύλια για το AIDS μειώθηκαν στην Ινδονησία και στην Ταϊλάνδη το 1998 κατά 33%, με αποτέλεσμα σημαντική αύξηση του AIDS σε αντίθεση με την Μαλαισία, όπου δεν υπήρξαν περικοπές στις δαπάνες υγείας³.

Το ψυχοκοινωνικό στρες, σε περιόδους οικονομικής κρίσης προκαλεί διαταραχές στο ανοσοποιητικό και ενδοκρινικό σύστημα, αυξάνοντας τη συχνότητα και τη σοβαρότητα λοιμώξεων του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος και μειώνοντας την ανταπόκριση στα εμβόλια⁴.

Σε ό,τι αφορά τα χρόνια νοσήματα, 4 στους 10 Αμερικάνους με καρδιακό νόσημα ή διαβήτη και 1 στους 5 με καρκίνο ανέφεραν ότι η

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

οικονομική ύφεση κατέστησε πιο δυσχερή τη διαχείριση των νοσημάτων τους⁴.

* * *

Βιβλιογραφία

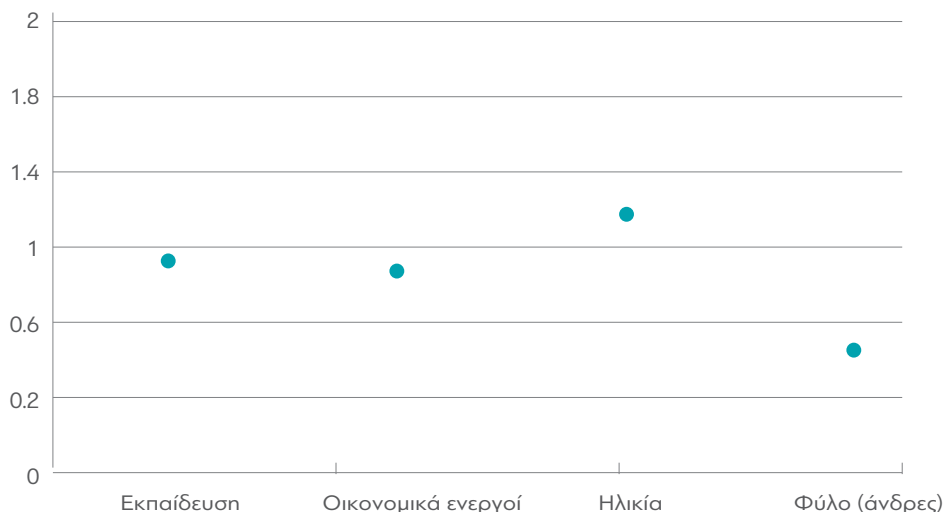
1. Suhrcke M, Stuckler D, Suk JE, Desai M, Senek M, McKee M. The impact of economic crises on communicable disease transmission and control: a systematic review of the evidence. PloS one. 2011;6(6):e20724. PubMed PMID: 21695209. Pubmed Central PMCID: PMC3112201. Epub 2011/06/23. eng.
2. Stuckler D, Basu S, King L. International Monetary Fund Programs and tuberculosis outcomes in post-communist countries. Public Libr Sci Med. 2008;5(7):e1143.
3. Στάκλερ Ν, Σάντζει Μ. Πολιτικές ζωής και θανάτου. Πως η κρίση επηρεάζει την ανθρώπινη υγεία [Μ. Μυρώνη, μεταφρ.]. Αθήνα: Εκδόσεις Ψυχογιός; 2014.
4. Gutman A. Failing Economy, Failing Health. The great recession's toll on mind and body [internet]. Harvard School of Public Health; 2014 [accessed 2015 Jul 11]. Available from: <http://www.hsph.harvard.edu/magazine-features/failing-economy-failing-health/>

B4. Ψυχική Νοσηρότητα

Οι αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης αφορούν, τόσο τη σωματική, όσο και την ψυχική μας υγεία. Η οικονομική κρίση και η μακροχρόνια ανεργία οδηγεί πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια, με αποτέλεσμα να υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα, κυρίως σε άτομα τα οποία ανήκουν σε ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, όπως είναι οι μετανάστες και οι χρονίως πάσχοντες από σωματικά και ψυχικά νοσήματα¹⁻³. Η αύξηση των ψυχικών διαταραχών, των προβλημάτων εθισμού και της εξάρτησης από ουσίες και των αυτοκτονιών επηρεάζει κυρίως τις χαμηλότερες κοινωνικό-οικονομικές τάξεις⁴.

Σύμφωνα με έρευνα που έγινε στην Αγγλία σε αντιπροσωπευτικό δείγμα ατόμων 25-64 ετών, βρέθηκε πως η ψυχική υγεία των ανδρών έχει επιδεινωθεί, ακολουθώντας την έναρξη της οικονομικής κρίσης το 2008, αλλά όχι μόνο ως αποτέλεσμα της ανεργίας ή της μείωσης του οικογενειακού εισοδήματος, καθώς έχει επιδεινωθεί και σε άτομα που εργάζονται⁵.

Σχήμα 1: Παράγοντες που επιδρούν στην κατάσταση άγχους



Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Πίνακας 1: Παράγοντες που επιδρούν στην κατάσταση του άγχους

ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	ODDS RATIO	P VALUE	95% CI
Εκπαίδευση	0,77	0,000	0,68-0,87
Οικονομικά ενεργοί	0,72	0,009	0,56-0,92
Ηλικία	1,03	0,000	1,02-1,05
Φύλο (άνδρες)	0,32	0,000	0,21-0,48

Πηγή: Κυριόπουλος και συν., 2012 (6)

Πίνακας 2: Κατανάλωση φαρμάκων για ψυχικές για ψυχικές νόσους (καθορισμένη ημερήσια δόση DDD) την περίοδο 2006-2011

	2006	2011	% ΜΕΤΑΒΟΛΗ 2006-2011
Αντιψυχωτικά	65.689.555,7	75.108.018,75	18,59%
	16,08DDD/1000 άτομα	19,07DDD/1000 άτομα	
Ηρεμιστικά	125.309.735	121.549.353	00,52%
	30,7DDD/1000 άτομα	30,87DDD/1000 άτομα	
Αντικαταθλιπτικά	165.521.219	215.343.679,5	34,80%
	40,57DDD/1000 άτομα	54,69DDD/1000 άτομα	

Πηγή: Κυριόπουλος και συν., 2012 (6)

Οικονομικές παράμετροι, όπως το εισόδημα, η απασχόληση και η κοινωνική τάξη, έχουν συσχετισθεί με την κατάθλιψη⁷⁻⁹. Φαινόμενα που σχετίζονται με την οικονομική κρίση, όπως οι οικονομικές δυσκολίες, η μείωση του εισοδήματος, τα χρέη, η κατάσχεση σπιτιών, οι εξώσεις, η απώλεια της εργασίας και η εργασιακή ανασφάλεια, αλλά και η κοινωνική διάσπαση, η οικογενειακή αποδιοργάνωση και η κακή ποιότητα ζωής, έχουν, επίσης, συσχετιστεί με τα προβλήματα ψυχικής υγείας και κυρίως την κατάθλιψη¹⁰⁻¹². Η οικονομική κρίση φαίνεται να ασκεί επιρροή σε διαφορετικές υποομάδες του πληθυσμού μέσω διαφορετικών οδών. Για παράδειγμα, οι εργαζόμενοι μπορεί να βιώνουν εργασιακή ανασφάλεια, αυξημένο φόρτο εργασίας και αυξημένη πίεση, που αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη, ενώ οι άνεργοι πιθανόν να εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης λόγω της απώλειας της εργασίας και του εισοδήματος¹³. Στο Χονγκ Κονγκ ο επιπολασμός (12 μηνών) της μείζονος κατάθλιψης για το 2007 ήταν 8,5%, ενώ, μετά την οικονομική κρίση, έφτασε το 12,5%¹⁴. Στον Καναδά ο επιπολασμός (12 μηνών) της μείζονος κατάθλιψης πριν τον Σεπτέμβριο του 2008 ήταν 5,1%, μεταξύ του Σεπτεμβρίου 2008 και Μαρτίου 2009 ήταν 6,8% και μεταξύ Μαρτίου 2009 και Οκτωβρίου 2009 ήταν 7,6%¹⁵.

Έρευνα σε ασθενείς που απευθύνονται σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Ισπανία, βρήκε αύξηση στον επιπολασμό των ψυχικών διαταραχών, η οποία ακολούθησε την έναρξη της παγκόσμιας οικονομική κρίσης. Η ανεργία στα νοικοκυριά και δυσκολίες με υποθηκείους συσχετίζονταν με τις επισκέψεις στις υπηρεσίες αυτές¹⁶.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Στην Ισπανία, τα άτομα, επίσης, που έπαιρναν αντικαταθλιπτικά αυξήθηκαν κατά 17% την περίοδο 2007-2009. Ο αριθμός των ασθενών στα ιατρεία με σοβαρή κατάθλιψη αυξήθηκε από 19% σε 48% στο διάστημα 2006-2010. Η κατάθλιψη συνολικά αυξήθηκε από 6% στο 9%, οι αναφορές για κρίση πανικού από 10% στο 16% και η κατάχρηση οινοπνεύματος από 1% στο 6%¹⁶.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η χρήση αντικαταθλιπτικών αυξήθηκε κατά 22% από το 2007 μέχρι το 2009 και το 2010 χορηγήθηκαν 3,1 εκατ. περισσότερες συνταγές για αντικαταθλιπτικά σε σχέση με τα προηγούμενα δύο χρόνια¹⁷.

Σε πληθώρα ερευνών έχει σημειωθεί συστηματική αύξηση των αυτοκτονιών των ανδρών¹⁸. Στο διάστημα της μεγάλης κρίσης του 1929-33 της οι δείκτες θνησιμότητας μειώθηκαν κατά 10% σε ολόκληρη την Αμερική, ενώ οι αυτοκτονίες σε άλλες Πολιτείες αυξήθηκαν και σε άλλες μειώθηκαν¹⁹. Στη μεγάλη ύφεση στα τέλη της δεκαετίας του 1990, οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν με γρήγορους ρυθμούς. Το ίδιο συνέβη την ίδια περίοδο και στο Ηνωμένο Βασίλειο²⁰. Στη Ν. Κορέα, στη διάρκεια της οικονομικής κρίσης οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν κατά 45%, ενώ στην Ταϊλάνδη ξεπέρασαν το 60%²¹.

Στις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, αμέσως μετά την κατάρρευση των κομμουνιστικών καθεστώτων και πιο συγκεκριμένα την περίοδο 1991-1994, όταν το εισόδημα μειώθηκε κατά 30%, οι θάνατοι από όλες τις αιτίες αυξήθηκαν κατά 20% και οι αυτοκτονίες κατά 40%. Τα ποσοστά αυτά ήταν πιο υψηλά σε χώρες όπου οι κοινωνικό-οικονομικές αλλαγές έγιναν γρήγορα, το δίκτυο κοινωνικής προστασίας ήταν αδύναμο και η κοινωνική συνοχή χαμηλή²².

Σύμφωνα με προσωρινές εκτιμήσεις, ο αριθμός των αυτοκτονιών αυξήθηκε το 2010 έναντι του 2009 στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με πλέον ευάλωτη ομάδα τους άντρες ηλικίας 35-55 ετών⁶. Οι χώρες που φαίνεται να πλήττονται περισσότερο από την πρόσφατη οικονομική κρίση, όπως η Ελλάδα και η Ιρλανδία, σημειώνουν μεγαλύτερη αύξηση στις αυτοκτονίες (17% και 13% αντίστοιχα)²³. Στη Λετονία, οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν περισσότερο του 17% μεταξύ 2007 και 2008²³.

Τα μέχρι τώρα ερευνητικά δεδομένα υποδεικνύουν πως η συσχέτιση μεταξύ της ψυχικής υγείας και των οικονομικών κρίσεων διαφοροποιείται, τουλάχιστον εν μέρει, από τα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας²⁴⁻²⁸. Η Αυστρία που διαθέτει ένα ισχυρό κοινωνικό δίκτυο ασφάλειας σημείωσε μία μικρή μείωση στις αυτοκτονίες παρά την αύξηση της ανεργίας κατά 0.6 ποσοστιαίες μονάδες μεταξύ του 2007 και 2009. Η Φινλανδία, ωστόσο, με αντίστοιχα ισχυρό κοινωνικό δίκτυο ασφάλειας σημείωσε

αύξηση περίπου 5% στις αυτοκτονίες το ίδιο χρονικό διάστημα²³.

* * *

Βιβλιογραφία

1. Van Doorslaer E, et al. Income related inequalities in health: some international comparisons. *Journal of health economics*. 1997;16:93-112.
2. Wilkinson RG. *Unhealthy societies: the affliction of inequality*. London: Routledge; 1996.
3. Power C. Health and social inequality in Europe. *BMJ*. 1994;309:1153-1160.
4. Τσιάντου Β, Κυριόπουλος Γ. Η οικονομική Κρίση και οι Επιπτώσεις της στην Υγεία και την Ιατρική Περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 2010;27(5):834-840.
5. Katikireddi SV, Niedzwiedz CL, Popham F. Trends in population mental health before and after the 2008 recession: a repeat cross-sectional analysis of the 1991-2010 Health Surveys of England. *BMJ Open*. 2012;2:1-9.
6. Κυριόπουλος Γ, Αθανασάκης Κ, Πάβη Ε. Οικονομική κρίση και υγεία. Ένα δοκίμιο πολιτικής οικονομίας για την ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη;2012.
7. Andersen I, Thielen K, Nygaard E, Diderichsen F. Social inequality in the prevalence of depressive disorders. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2009;63:575-581.
8. Lamber T, Virtanen P, Vahtera J, Luukkaala T, Koskenvuo M. Unemployment, depressiveness and disability retirement: a follow-up study of Finnish HeSSup Population sample. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*. 2010;45:259-264.
9. Zimmerman F, Katon W. Socioeconomic status, depression disparities, and financial strain: what lies behind the income-depression relationship? *Health Economics*. 2005;14:1197-1215.
10. Cifuentes M, Sembajwe G, Wo S. The association of major depressive episodes with income inequality and the human development index. *Social Science & Medicine*. 2008;67:529-539.
11. Hong J, Knapp M, McGuire A. Income-related inequalities in the prevalence of depression and suicidal behavior: a 10-year trend following economic crisis. *World Psychiatry*. 2011;10:40-44.
12. Sareen J, Afifi TO, McMillan KA, Asmundson G. Relationship between household income and mental disorders: findings from a population-based longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*. 2011;68:419-27.
13. Economou M, Madianos M, Peppou LE, et al. Major depression in the Era of economic crisis: A replication of a cross-sectional study across Greece. *Journal of Affective Disorders*. 2013;145:308-314.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

14. Lee S, Guo W, Tsang A, et al. Evidence for the 2008 economic crisis exacerbating depression in Hong Kong. *Journal of Affective Disorders*. 2010;126:125-133.
15. Wang JL, Smailes E, Sareen J, et al. The prevalence of mental disorders in the working population over the period of global economic crisis. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2010;55:598-605.
16. Gii M, Roca M, Basu S, et al. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centers, 2006 and 2010. *Eur J Public Health*. 2013;23(1):103-108.
17. Workers Turn to Antidepressants as Recession Takes its Toll [internet]. 2010 May 17. Available from: <http://www.mind.org.uk/news-campaigns/news/workers-turn-to-antidepressants-as-recession-takes-its-toll/#.Va9vqLVGSAE>
18. Zivin K, Paczkowski M, Galea S. Economic downturns and population mental health: research findings, gaps, challenges and priorities. *Psychol Med*. 2011;41:1343-8.
19. Stuckler S, Basu S, Fishback P, Meissner C, Mckee M. Banking crises and mortality during the Great Depression: Evidence from U.S. urban populations, 1929-1937. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2012;66(5):410-19.
20. Barr B, Robinson T, Samuel AS, Mckee M, Stuckler D. Suicides associated with the 2008-2010 economic Recession in England: A time-trend Analysis. *British Medical Journal*. 2012;345:5142.
21. CDC. CDC Study Finds Suicide Rates Rise and Fall with Economy [internet]. 2011 April 14. Available from: http://www.cdc.gov/media/releases/2011/p0414_suiciderates.html
22. Τούντας Γ. Απέναντι στη Φτώχεια και την Κατάθλιψη. *Το Έθνος* 2011;Δεκ 20.
23. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, Mckee M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet*. 2011;378(9786):124-125.
24. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, et al. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 2009;374:315-23.
25. Sandra H. Economic stability and health status: evidence from East Asia before and after the 1990s economic crisis. *Health Policy*. 2006;75:347-57.
26. Stuckler D, Basu S, Mckee M. Budget crises, health, and social welfare programmes. *BMJ*. 2010;340:3311.
27. Utela A. Economic crisis and mental health. *Curr Opin Psychiatry*. 2010;23:127-130.
28. Lundin A, Hemmingsson T. Unemployment and suicide. *Lancet*. 2009;374:270-271

B5. Συμπεριφορές Υγείας

Σε πολλές μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι κατά τη διάρκεια, οικονομικών κρίσεων αυξάνει η υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών, όπως η κατανάλωση φθηνού φαγητού με μικρή διατροφική αξία ή το κάπνισμα ως αντίδραση στο στρες¹. Στη Μεγ. Βρετανία, η διατροφή παρουσίασε χειροτέρευση με αύξηση κατανάλωσης φθηνών προϊόντων του λεγόμενου «γρήγορου» φαγητού².

Σύμφωνα με ορισμένες μελέτες, η οικονομική κρίση, έχει σαν αποτέλεσμα την αλλαγή των καταναλωτικών προτύπων προς την υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής και κατά συνέπεια τη μείωση της θνησιμότητας. Οι επιδράσεις αυτές διαφοροποιούνται κατά φύλο, ηλικία και αιτία και έχουν διαφορετική ευαισθησία ως προς τους χρησιμοποιούμενους δείκτες (ΑΕΠ, επίπεδο απασχόλησης)^{3,4}.

Σε μια περίοδο 11 ετών στις ΗΠΑ, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ κατά περίσταση (binge drinking) αυξήθηκε σε περιόδους ύφεσης⁵. Το εύρημα αυτό καθώς και η κατανάλωση πιο ανθυγιεινών διατροφικών προϊόντων δεν επιβεβαιώνεται από μελέτες σε άλλες χώρες με διαφορετικούς πολιτισμούς^{6,7}.

Από την άλλη, έχει υποστηριχθεί ότι η οικονομική κρίση οδηγεί στη μείωση συμπεριφορών της «αφθονίας», όπως η πολυφαγία και τα αλκοολούχα ποτά, και στην αύξηση δραστηριοτήτων που προάγουν την υγεία, όπως το περπάτημα αντί της οδήγησης^{8,9}.

Οι επιδράσεις των κοινωνικό-οικονομικών συνθηκών στη σωματική δραστηριότητα είναι λιγότερο σαφείς. Σε μία σύγκριση μεταξύ 38 χωρών, στις οποίες μετρήθηκε η φυσική δραστηριότητα με τη σύντομη έκδοση του IPAQ, διαπιστώθηκε ότι το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ) είναι ένας από τους παράγοντες του μακρο-περιβάλλοντος – μαζί με τη θερμοκρασία και την αστικοποίηση- που επηρεάζουν τα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας. Συγκεκριμένα, χαμηλότερο ΑΕΠ συσχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα άσκησης¹⁰. Ωστόσο, δεν είναι σαφές αν μια ταχεία μεταβολή του εισοδήματος οδηγεί σε αντίστοιχη διαφοροποίηση του μέσου επιπέδου φυσικής άσκησης.

Σε περιόδους ύφεσης παρατηρείται μείωση των θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων, κυρίως σε χώρες με υψηλά ποσοστά, όπως η Λιθουανία όπου παρατηρήθηκε μείωση σχεδόν κατά 50%¹¹. Στην Ισπανία και στην Ιρλανδία η μείωση μεταξύ 2007-2009 ήταν μεγαλύτερη από 25%^{12,13}, ενώ η Ολλανδία που είχε σχετικά λίγους θανάτους από τροχαία ατυχήματα παρουσίασε μικρή μόνο μείωση.

Παρόλ' αυτά, φαίνεται ότι στις σχετικές μελέτες υπάρχουν μερικές κοινές διαπιστώσεις, ανεξάρτητα από το οικονομικό, κοινωνικό και πολιτικό περιβάλλον. Για παράδειγμα, η μείωση της κατανάλωσης προϊόντων καπνού αποτελεί χαρακτηριστική συνέπεια μιας οικονομικής κρίσης, ενώ κάτι ανάλογο ισχύει και για τα τροχαία ατυχήματα¹⁴⁻¹⁶. Η κατανάλωση αλκοόλ είναι ελαφρώς πιο περίπλοκη υπόθεση, καθώς η μείωση στη μέση κατανάλωση αποτελεί συχνό, αλλά όχι καθολικό φαινόμενο^{15,16}. Συγκεκριμένα, έχει διαπιστωθεί ότι, σε ορισμένες περιπτώσεις, η ταχεία αύξηση της ανεργίας, φαινόμενο σύνηθες σε περιόδους κρίσεως, μπορεί να οδηγήσει στην αύξηση της θνησιμότητας από κατάχρηση αλκοόλ¹⁴. Είναι επίσης κατανοητό, ότι το είδος και το εύρος των μεταβολών στη χρήση –και κατάχρηση- επιβλαβών ουσιών, όπως ο καπνός και το αλκοόλ, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη διαθεσιμότητα και την ευκολία πρόσβασης σε αυτές. Για παράδειγμα, η μεγάλη οικονομική κρίση στις Ηνωμένες Πολιτείες τη δεκαετία του 1930 συνέπεσε με την ποτοαπαγόρευση, ενώ η κοινωνικο-οικονομική κρίση της δεκαετίας του 1990 στις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης συνέβη σε ένα περιβάλλον, όπου το αλκοόλ ήταν διαθέσιμο, φθινό και κοινωνικά αποδεκτό. Όπως είναι φυσικό, οι διαφορές αυτές επηρέασαν καθοριστικά τις επιδράσεις του αλκοόλ στη δημόσια υγεία¹⁷.

* * *

Βιβλιογραφία

1. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 2009 Jul 25;374(9686):315-23.
2. Lock K, Stuckler D, Charlesworth K, McKee M. Potential causes and health effects of rising global food prices. *BMJ*. 2009 Jul 13;339:b2403.
3. Ruhm C. Are recessions good your health? *The Quarterly Journal of Economics*. 2000;115:617-50.
4. Gerdtham U, Ruhm C. Deaths rise in good economic times: Evidence from the OECD. *Econ Hum Biol*. 2006;4:298-316.
5. Dee T. Alcohol abuse and economic conditions: Evidence from repeated cross-sections of individual-level data. *Health Economics*. 2001;10(3):275-270.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

6. Ruhm J. Healthy living in hard times. *Journal of Health Economics*. 2005;24(2):341-363.
7. Bockerman P, Johansson E, Helakorpi S, Prattala R, Vartiainen E, Uutela A. Does a slump really make you thinner? Finish micro-level evidence 1978-2002. *Health Economics Letters*. 2006;16(1):103-107.
8. Bougerol E. Good news! Recession may make you healthier. NBC Miami; 2009 Jul 14. Available from: <http://www.nbcmiami.com/the-scene/archive/Good-News-Recession-May-Make-You-Healthier.html>
9. Cowen T. Recession can change a way of life. *The New York Times*; 2009 Jan 31. Available from: http://www.nytimes.com/2009/02/01/business/01view.html?_r=0
10. Bosdriesz JR, Witvliet MI, Visscher TL, Kunst AE. The influence of the macro-environment on physical activity: a multilevel analysis of 38 countries worldwide. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*. 2012;9:110. PubMed PMID: 22967164. Pubmed Central PMCID: PMC3490943. Epub 2012/09/13. eng.
11. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, Mckee M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet*. 2011;378(9786):124-125.
12. Lago M. Organ donors and transplantations decrease in Spain, the leading country in both. *BMJ*. 2011;342:d242.
13. Houston M. Ireland had record fall in number of organ donations. *BMJ*. 2011;342:d982.
14. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 2009 Jul 25;374(9686):315-23. PubMed PMID: 19589588. Epub 2009/07/11. eng.
15. Khang YH, Lynch J. Asian economic crises and health: population health impacts and policy responses. *Journal of epidemiology and community health*. 2010 Apr;64(4):282-3. PubMed PMID: 20348328. Epub 2010/03/30. eng.
16. Parry J, Humphreys G. Health amid a financial crisis: a complex diagnosis. *Bulletin of the World Health Organization*. 2009 Jan;87(1):4-5. PubMed PMID: 19197395. Pubmed Central PMCID: PMC2649594. Epub 2009/02/07. eng.
17. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, McKee M. The health implications of financial crisis: a review of the evidence. *The Ulster medical journal*. 2009 Sep;78(3):142-5. PubMed PMID: 19907678. Pubmed Central PMCID: PMC2773609. Epub 2009/11/13. eng.

B6. Υπηρεσίες Υγείας

Οι δύο σημαντικότερες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας είναι το να είναι βιώσιμα και οικονομικά προσιτά. Σε περιόδους οικονομικής κρίσης, τα δημόσια ελλείμματα και η ανεργία περιορίζουν τους πόρους της κοινωνικής ασφάλισης και μειώνουν τη χρηματοδότηση των μονάδων υγείας, δημόσιων και ιδιωτικών, δυσχεραίνοντας την πρόσβαση και τη χρήση βασικών παροχών, όπως τα φάρμακα, οι εμβολιασμοί, η νοσηλευτική περίθαλψη, κ.ά., γεγονός που αυξάνει τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας^{1,2}. Επιπρόσθετα, οι αρνητικές συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην υγεία του πληθυσμού, αυξάνουν τις ανάγκες για ιατρική φαρμακευτική περίθαλψη και συνακόλουθα τη ζήτηση.

Η αυξημένη ζήτηση για μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας, δεν μπορεί να ικανοποιηθεί λόγω της αδυναμίας του συστήματος υγείας που έχει προκαλέσει η οικονομική κρίση. Η αδυναμία ανταπόκρισης, σε πολλές περιπτώσεις, των υπηρεσιών υγείας, έχει σαν αποτέλεσμα την πλημμελή διαχείριση της νόσου, ιδίως των χρόνιων πασχόντων. Είναι γνωστό ότι το 80% του συνόλου των προϋπολογισμών για την υγεία προορίζονται για τα ηλικιωμένα άτομα, τα οποία κατά κανόνα έχουν τουλάχιστον μία χρόνια νόσο.

Η επιπλέον ζήτηση υπηρεσιών υγείας επιβαρύνει κυρίως τις δημόσιες μονάδες υγείας, καθώς σε περιόδους μείωσης του εισοδήματος, οι ασθενείς στρέφονται σε υπηρεσίες που έχουν τη μεγαλύτερη δυνατή ασφαλιστική κάλυψη^{1,2}. Όμως, η οικονομική κρίση εντείνει την απώλεια θέσεων εργασίας, η οποία οδηγεί σε μείωση της ασφαλιστικής κάλυψης. Στις ΗΠΑ, στην κορύφωση της οικονομικής κρίσης στα τέλη της δεκαετίας του 1990, υπήρχαν 47 εκατ. ανασφάλιστοι³. Ανεξάρτητα πάντως της ασφαλιστικής κάλυψης, η οικονομική κρίση συνοδεύεται από συνολική μείωση των επισκέψεων σε γιατρούς και σε οδοντιάτρους, λόγω οικονομικής στενότητας όλου του πληθυσμού^{2,4}.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι μειώσεις των δημοσίων δαπανών στο πλαίσιο της δημοσιοοικονομικής εξυγίανσης, επιδρούν αρνητικά στην υγεία γιατί πλήττουν δυσανάλογα τις δαπάνες υγείας, στερώνοντας σε

ορισμένες περιπτώσεις από τα δημόσια συστήματα υγείας την αναγκαία χρηματοδότησή τους. Το ΔΝΤ έχει κατηγορηθεί ότι συχνά μετατοπίζει μέρος της αναπτυξιακής βοήθειας για την υγεία στην αποπληρωμή του χρέους⁵. Συχνά οι πολιτικές του ΔΝΤ έχουν σαν αποτέλεσμα τη μετανάστευση επαγγελματιών υγείας^{6,7}, τη μείωση της επιδημιολογικής επαγρύπνησης και των μέτρων πρόληψης⁸⁻¹⁰, μεταβολές στα πρότυπα αστικοποίησης και μετανάστευσης⁹⁻¹¹, την αποδυνάμωση δικτύων κοινωνικής προστασίας¹²⁻¹⁴ και μεγάλες κοινωνικές ανισότητες^{10,13,15-17}.

Ειδικά σε ό,τι αφορά την κοινωνική πολιτική, όπως ήδη αναφέρθηκε, οι επενδύσεις σε διάφορους κοινωνικούς-προνοιακούς τομείς ωφελούν την υγεία, ιδιαίτερα όταν ενισχύουν τα δίκτυα της κοινωνικής προστασίας και ασφάλειας για τα πιο ευπαθή τμήματα του πληθυσμού¹⁸. Μελέτη σε 15 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης που διαθέτουν σχετικά στοιχεία για τα τελευταία 30 χρόνια (1985-2005), διαπίστωσε ότι δαπάνες για ενίσχυση των οικογενειών (προσχολική εκπαίδευση, παιδική φροντίδα, μητρική και πατρική leave), συντάξεις των ηλικιωμένων, ιατρική περίθαλψη, στέγαση, επιδοτήσεις των ανέργων και ενίσχυση των ατόμων με αναπηρία, προστατεύουν την υγεία^{17,19,20}. Σε άλλη μελέτη είχε υπολογισθεί ότι κάθε αύξηση κατά 100 δολάρια στις δαπάνες κοινωνικής πρόνοιας σχετίζεται με μείωση κατά 1,19% της γενικής θνησιμότητας απ' όλες τις αιτίες¹⁶. Ως γνωστόν, υψηλότερο ΑΕΠ σχετίζεται με μικρότερη θνησιμότητα. Κάθε αύξηση κατά 100 δολάρια του ΑΕΠ σχετίζεται με 0,11% μείωση της γενικής θνησιμότητας^{21,22}. Παράλληλα διαπιστώθηκε ότι μία ανάλογη αύξηση στις κοινωνικές δαπάνες σχετίζεται με επταπλάσια μείωση της γενικής θνησιμότητας από την αντίστοιχη αύξηση του ΑΕΠ¹⁸.

Από άλλες μελέτες διαπιστώνεται ότι η μείωση των δαπανών υγείας μπορεί ακόμα και να μην επιδράσει αρνητικά στην υγεία όταν υπάρχει υψηλό επίπεδο κοινωνικής προστασίας²³. Γι' αυτό και πολλοί υποστηρίζουν ότι η λιτότητα δεν θα πρέπει να πλήττει το κοινωνικό κράτος. Μάλλον το αντίθετο ισχύει¹⁹. Η άρνηση της Μαλαισίας να ακολουθήσει τη συμβουλή της Παγκόσμιας Τράπεζας για περικοπές στις δαπάνες υγείας, σε αντίθεση με την Ταϊλάνδη, την περίοδο της οικονομικής κρίσης, είχε σαν αποτέλεσμα την καλύτερη προστασία της υγείας του πληθυσμού²⁴.

* * *

Βιβλιογραφία

1. Appleby J. The credit crisis and health care. *BMJ*. 2008;337:1022-1024.
2. WHO. The financial crisis and global health, Geneva: WHO; 2009. Available from: http://www.who.int/mediacentre/events/meeting/2009_financial_crisis_report_en_.pdf

3. Jack A. Look after pennies. *BMJ*. 2009;338:860-861.
4. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*. 2011 Oct 22;378(9801):1457-8. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61556-0. Epub 2011 Oct 9.
5. Ooms G, Schrecker T. Expenditure ceilings, multilateral financial institutions, and the health of poor populations. *Lancet*. 2005 May 21-27;365(9473):1821-3.
6. Rowden R. Blocking Progress: How the fight against HIV/AIDS is being undermined by the World Bank and International Monetary Fund. Policy Brief. Washington DC: Action Aid International USA and Global AIDS Alliance; 2004.
7. Friedman E. An action plan to prevent brain drain: Building equitable health systems in Africa. Boston: Physicians for Human Rights; 2004.
8. Denoon D. IMF, World Bank programs hinder AIDS prevention. *AIDS Wkly*. 1995 Jul;10:8-10.
9. Lurie P, Hintzen P, Lowe A. Socioeconomic obstacles to HIV prevention and treatment in developing countries: The roles of the International Monetary Fund and the World Bank. *AIDS*. 1995;9:982-984.
10. Vogli R, Birbeck L. Potential impact of adjustment policies on vulnerability of women and children to HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. *J. Health Popul. Nutr*. 2005;23:105-120.
11. Lurie M. HIV/AIDS in South Africa. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
12. Navarro V. The world situation and WHO. *Lancet*. 2004;363:1321-1323.
13. Banerji D. A fundamental shift in the approach to international health by WHO, UNICEF and the World Bank. *Int. J. Health Serv*. 1999;19:227-259.
14. Kim J, et al. Dying for Growth: Global Inequality and the Health of the Poor. Common Courage Press; 2000.
15. UNICEF. Adjustment with a Human Face, Vol 1: Protecting the Vulnerable and Promoting Economic Growth. Oxford: Clarendon Press; 1987.
16. Jayarajah C, Branson W, Sen A. Social Dimensions of Adjustment: World Bank Experience, 1980-93. Washington, DC: World Bank; 1996.
17. Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008. Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf
18. Stuckler D, Basu S, McKee M. Budget crises, health, and social

- welfare programmes. *BMJ*. 2010 Jun 24;340:c3311. doi: 10.1136/bmj.c3311.
19. Marmot M. Fair society, healthy lives. The Marmot Review; 2010 Feb. 242 p. Available from: <http://www.instituteofhealthequity.org/Content/FileManager/pdf/fairsocietyhealthylives.pdf>
 20. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 2009 Jul 25;374(9686):315-23. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61124-7.
 21. Swift R. The relationship between health and GDP in OECD countries in the very long run. *Health Econ*. 2011 Mar;20(3):306-22. doi: 10.1002/hec.1590.
 22. Pritchett L, Summer LH. Wealthier is healthier. *J Hum Resources* 1996;31:841-68.
 23. van der Wilk E. European standard population. EUPHIX, EUphact. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM); 2008.
 24. Hopkins S. Economic stability and health status: evidence from East Asia before and after the 1990s economic crisis. *Health Pol*. 2006;75:347-57.

B7. Ανεργία και Υγεία

Η εργασία επηρεάζει την υγεία έμμεσα και άμεσα. Έμμεσα, διαμορφώνοντας σε σημαντικό βαθμό το εισόδημα, που, όπως ήδη τονίστηκε, επιδρά αποφασιστικά στην υγεία. Επίσης, η εργασία επιδρά στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και ωρίμανση, στο βασικό προσανατολισμό και στον εγκοινωνισμό του ατόμου. Ακόμα, η εργασία αποτελεί μέτρο κοινωνικής κατάταξης και κοινωνικής αναγνώρισης.

Αντίθετα, η μακροχρόνια ανεργία οδηγεί πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια, με αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα, κυρίως σε άτομα τα οποία ανήκουν σε μειονότητες, στους μετανάστες και στους χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα¹⁻³.

Τα τελευταία είκοσι χρόνια, η ενίσχυση του φαινομένου της ανεργίας λόγω των οικονομικών κρίσεων ήρθε να προσθέσει μια νέα διάσταση στη σχέση της οικονομίας με την υγεία. Η εισαγωγή νέων τεχνολογιών, η συρρίκνωση του πρωτογενούς τομέα παραγωγής και η εισαγωγή φτηνής αλλοδαπής εργατικής δύναμης έχει οδηγήσει σε απώλεια πολλών θέσεων εργασίας, κυρίως στις αναπτυγμένες χώρες. Όλες οι σχετικές μελέτες έχουν διαπιστώσει μεγαλύτερη σωματική και ψυχική νοσηρότητα στους άνεργους απ' ότι στους εργαζόμενους, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες⁴. Η ανεργία σχετίζεται με χειρότερη ψυχική υγεία, υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών και αυξημένη θνησιμότητα⁵⁻⁷. Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι μείωση κατά 1% της ανεργίας αυξάνει τη θνησιμότητα από ισχαιμία του μυοκαρδίου κατά 1,3%⁸. Αυξημένη ανεργία συσχετίζεται με αυξημένη συχνότητα υπέρτασης⁹.

Ο κίνδυνος για χειρότερη αυτό-αναφερόμενη υγεία (SRH) είναι σαφώς μεγαλύτερος στους άνεργους, κυρίως όταν η ανεργία εμφανίζει υψηλές τιμές¹⁰. Στην περίοδο 1983-89 στη Σουηδία, όσοι ήταν άνεργοι ήταν πιο συχνά ασθενείς¹¹, ανεξαρτήτως φύλλου και επιπέδου απασχόλησης. Τα αποτελέσματα αυτά υποστηρίζονται και από μια άλλη μελέτη που έγινε στη Σουηδία το 2005, αναδεικνύοντας τη σχέση μεταξύ της αυτό-προσδιοριζόμενης υγείας και της εργασιακής κατάστασης, σε περιόδους υψηλών και χαμηλών επιπέδων ανεργίας. Περισσότεροι

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

ήταν οι άνεργοι που αυτό-προσδιόρισαν την υγεία τους ως φτωχή, όταν τα ποσοστά ανεργίας ήταν υψηλά. Η ανεργία σχετίζεται με ποικίλες αρνητικές επιπτώσεις για την υγεία, όπως έκπτωση της ψυχικής υγείας, βραχυπρόθεσμη αύξηση των ανθυγιεινών συμπεριφορών και αύξηση του κινδύνου θνησιμότητας⁵⁻⁷. Αξίζει δε να σημειωθεί, ότι η ανεργία αποτελεί τον πιο προσιτό και διαθέσιμο δείκτη οικονομικής δυσπραγίας και σχετίζεται άμεσα με βραχυπρόθεσμες αλλαγές στην υγεία σε σύγκριση με άλλους δείκτες-παράγοντες¹².

Σε ό,τι αφορά την ψυχική υγεία, μειωμένα επίπεδα ψυχικής ευεξίας διαπιστώθηκαν από όλες τις μελέτες που συνέκριναν άνεργους με εργαζόμενους όλων των ηλικιών και των δύο φύλων. Η ανεργία συνδέεται με ψυχολογικές συνέπειες (ανησυχία, άγχος, κατάθλιψη)^{13,14}. Η ανεργία επιδρά αρνητικά στην ψυχική υγεία μέσω του χρόνιου στρες, της μειωμένης κοινωνικότητας, της μικρότερης αυτοπεποίθησης και της κοινωνικής αναγνώρισης¹⁵ και αύξηση του καπνίσματος, της κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών και καθιστικής ζωής¹⁶. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση νέων ανέργων που, ενώ δεν παρουσίαζαν χαμηλούς δείκτες ψυχικής υγείας όσο ακόμα ήταν μαθητές, εμφάνισαν ψυχικές διαταραχές όταν βρέθηκαν άνεργοι, ενώ εν συνεχεία, όταν βρήκαν ξανά δουλειά, η ψυχική τους υγεία αποκαταστάθηκε.

Η απώλεια της εργασίας αποτελεί αναμφισβήτητη σημαντική πηγή στρες. Μεταξύ των 42 πιο στρεσογόνων γεγονότων, η απώλεια της εργασίας καταλαμβάνει την 8η θέση. Στα σύγχρονα κράτη πρόνοιας, με τα ταμεία ανεργίας και την πολύπλευρη κοινωνική υποστήριξη, η ανεργία μπορεί να συνεπάγεται, τις περισσότερες φορές σοβαρά, οικονομικά προβλήματα, αλλά δεν οδηγεί σε πείνα και σε εξαθλίωση. Πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι ο βασικός λόγος που η ανεργία αποτελεί στρεσογόνο εμπειρία είναι κυρίως επειδή η εργασία συνεπάγεται και μη οικονομικά οφέλη, που έχουν χαρακτηριστεί «λανθάνουσες συνέπειες της εργασίας», όπως η χρονοοργάνωση της ημέρας ή η αυτοεκτίμηση και ο σεβασμός των άλλων⁴.

Διεθνώς έχει παρατηρηθεί ότι το 25-50% των ανέργων παρουσιάζει ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, όπως καταθλίψεις, μελαγχολίες, αγχώδεις διαταραχές, χαμηλή αυτό-εκτίμηση και σωματοποίηση του άγχους. Τα φαινόμενα αυτά οδηγούν πρώτα από όλα σε υπερδιπλασιασμό των αυτοκτονιών. Η κατάθλιψη, όπως και το άγχος, δεν αυξάνουν μόνο τις αυτοκτονίες. Η κατάθλιψη επιβαρύνει το ανοσοποιητικό σύστημα, με συνέπεια να αυξάνονται οι λοιμώξεις αλλά και οι καρκίνοι, ενώ το άγχος αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την πρόκληση καρδιαγγειακών νοσημάτων⁷.

Μία έκθεση του 2009 από το Πανεπιστήμιο του Albany αναφέρει πως η απώλεια της εργασίας μετά το κλείσιμο μίας επιχείρησης αύξανε

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

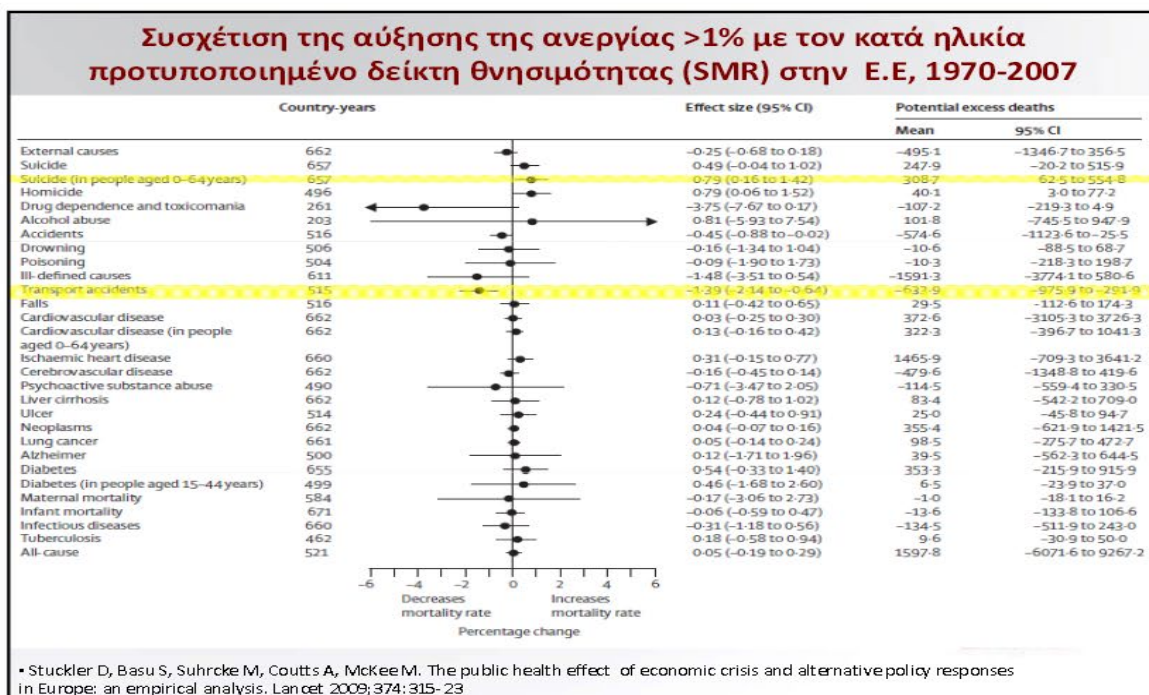
ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

κατά 83% την πιθανότητα να εκδηλωθούν νέα προβλήματα υγείας σχετιζόμενα με το στρες, όπως εγκεφαλικό επεισόδιο, υπέρταση, καρδιακή νόσο, αρθρίτιδα, διαβήτη, καθώς και συναισθηματικά και ψυχιατρικά προβλήματα⁸.

Σε άλλη έρευνα στις ΗΠΑ, διαπιστώθηκε ότι, η απώλεια της εργασίας αυξάνει την πιθανότερη χειροτέρευση της υγείας κατά 54% σε εργαζομένους χωρίς προηγούμενα προβλήματα υγείας και κατά 83% για νέα προβλήματα υγείας που σχετίζονται με το στρες λόγω απώλειας της εργασίας, όπως είναι τα εγκεφαλικά, η υπέρταση, ο διαβήτης, οι αρθρίτιδες και οι συναισθηματικές και ψυχικές διαταραχές¹⁸. Η ανεργία συνδέεται με αύξηση της θνησιμότητας από 20%-25% της μέσης τιμής σε ισοδύναμες κοινωνικές τάξεις¹³.

Στις ΗΠΑ εκτιμήθηκε απώλεια του προσδόκιμου ζωής κατά 1-1,5 έτος για όσους απολύονται στην ηλικία των 40¹⁸. Μία μετά-ανάλυση των σχετικών ερευνών -το 2011- διαπίστωσε ότι ο κίνδυνος θανάτου ήταν 63% υψηλότερος για τους ανέργους¹⁸.

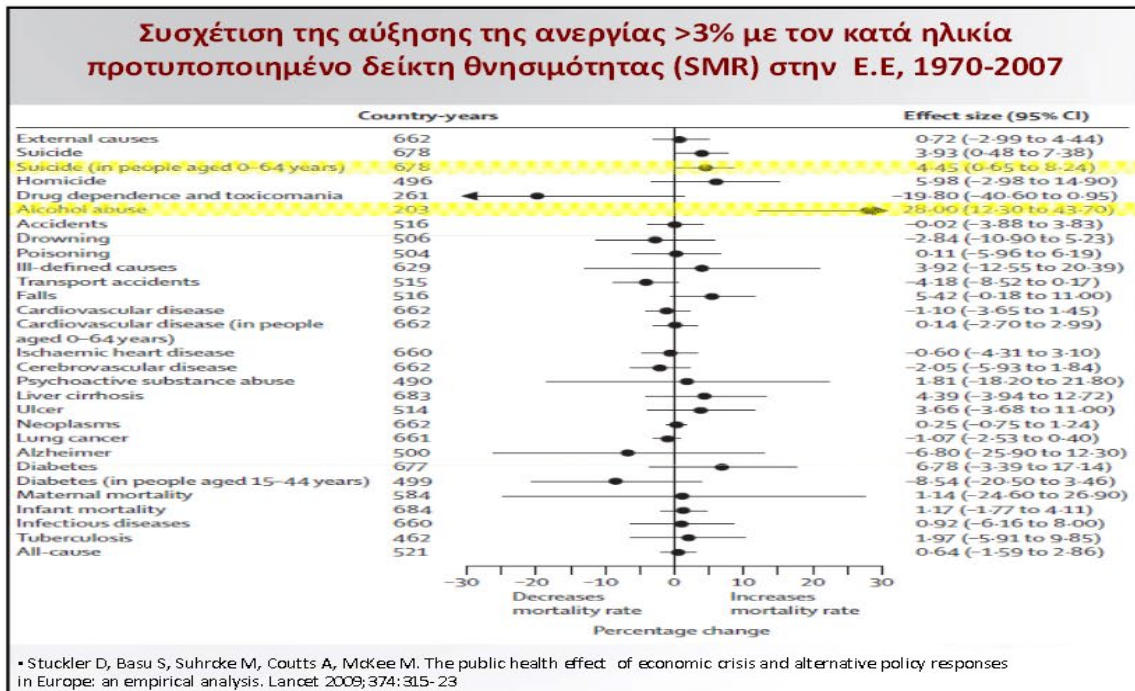
Σχήμα 1: Συσχέτιση της αύξησης της ανεργίας >1% με τον κατά ηλικία προτυποποιημένο δείκτη θνησιμότητας (SMR) στην Ε.Ε., 1970-2007 (περιλαμβάνει & τις αυτοκτονίες)



Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 2: Συσχέτιση της αύξησης της ανεργίας >3% με τον κατά ηλικία προτυποποιημένο δείκτη θνησιμότητας (SMR) στην Ε.Ε., 1970-2007 (περιλαμβάνει & τις αυτοκτονίες)



Πηγή: Stuckler et al., 2009 (19)

Οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι επίσης πιο συχνές στους άνεργους. Με βάση τα στοιχεία της απογραφής του 1971 σε Αγγλία και Ουαλία, διαπιστώθηκαν στους άνεργους υψηλότεροι δείκτες θνησιμότητας από αυτοκτονίες, ιδιαίτερα για τις ηλικίες 36-44. Όμως, οι δείκτες ανδρικής θνησιμότητας από αυτοκτονίες συνέχιζαν να αυξάνουν στη δεκαετία του 1980, ενώ η ανεργία μειωνόταν. Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι τις περισσότερες αυτοκτονίες δεν τις προκαλεί αυτή καθαυτή η ανεργία, αλλά η συσσώρευση άλλων δυσάρεστων γεγονότων που αυτή προκαλεί, καθώς και η μειωμένη λόγω της ανεργίας, ψυχολογική και κοινωνική δυνατότητα αντιμετώπισής τους. Τέτοια γεγονότα μπορεί να είναι η απώλεια της κατοικίας και η διάλυση κοινωνικών σχέσεων, φαινόμενα που παρατηρούνται πιο συχνά στους άνεργους⁴.

Σημαντικές μελέτες διαπίστωσαν ότι οι αυτοκτονίες αυξάνονται πριν και κατά τη διάρκεια της αύξησης της ανεργίας σε περιόδους σημαντικής

οικονομικής ανασφάλειας στην Ευρώπη²⁰. Έρευνα των Stuckler και συνεργατών σε 26 χώρες της Ε.Ε. για την περίοδο 1970-2007, έδειξε ότι η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνδέεται με παράλληλη αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79%. Όταν ο δείκτης ανεργίας αυξάνεται πλέον του 3% για μακρά περίοδο, η επίπτωση στη θνησιμότητα από αυτοκτονίες ανέρχεται σε 4% έως 4,5%. Η ανάλυση κατά φύλο και ηλικιακή ομάδα έδειξε ότι η αύξηση της ανεργίας προκαλεί αύξηση της θνησιμότητας από αυτοκτονίες και ισχαιμική καρδιοπάθεια στους άνδρες νέας ηλικίας, αλλά στις ηλικίες άνω των 60 ετών δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική σχέση²¹. Παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στη σχέση αυτή από χώρα σε χώρα που είχε να κάνει με την κοινωνική πρόνοια. Χώρες της ανατολικής Ευρώπης με πιο αδύναμους θεσμούς εργατικής πολιτικής παρουσίασαν και τις μεγαλύτερες αυξήσεις¹⁹. Τα παραπάνω ευρήματα δεν περιλαμβάνουν και τους κινδύνους από την ανασφάλεια απώλειας της εργασίας. Επίσης, παρατηρείται υψηλή θνησιμότητα από κατάχρηση οινόπνευματος, διαπίστωση η οποία θεμελιώνει αρκούντως την υπόθεση ότι η ανεργία συνδέεται με ψυχολογικές διαταραχές²². Η απροσδόκητη και μεγάλη αύξηση της ανεργίας επιφέρει πιθανόν σημαντικά πιο δυσμενείς επιπτώσεις στις αυτοκτονίες και στους θανάτους που σχετίζονται με το αλκοόλ κυρίως για τα άτομα σε ηλικία εργασίας σε σύγκριση με την αργή αύξηση της ανεργίας.

Από άλλη μελέτη σε 13 ευρωπαϊκές χώρες, διαπιστώθηκε ότι αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνεπάγεται αύξηση της θνησιμότητας κατά 2,18% (δηλαδή 2,18 θάνατοι ανά 100.000)²³. Αύξηση της ανεργίας προκαλεί αύξηση της θνησιμότητας από αυτοκτονίες και ισχαιμική καρδιοπάθεια στους άνδρες νέας ηλικίας, αλλά όχι στους άνδρες άνω των 60 ετών²¹. Αύξηση της ανεργίας περισσότερο του 3% έχει συσχετιστεί με αύξηση των αυτοκτονιών σε άτομα μικρότερα των 65 ετών²¹.

Σύμφωνα με άλλη σχετική μελέτη, τα ποσοστά αυτοκτονιών το 2008 σημείωσαν αύξηση μικρότερη του 1% σε νέα Κράτη-Μέλη που συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα, αλλά στα παλαιότερα Κράτη-Μέλη ήταν περίπου 7%. Οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν περαιτέρω το 2009 σε όλες τις υπό μελέτη χώρες, κατά 5% περίπου, πλην της Αυστρίας²⁰.

Αρκετές μελέτες έχουν τονίσει τη σημασία της εργασιακής ανασφάλειας, και όχι μόνο της εργασιακής κατάστασης, στις πιθανές αρνητικές επιπτώσεις που μπορεί να έχει στην ψυχική υγεία²⁴. Στις ΗΠΑ, η κατάσταση της ψυχικής υγείας των ατόμων με κατώτερες προοπτικές απασχόλησης επιδεινώθηκε σημαντικά κατά τη διάρκεια περιόδων όπου δυσκόλευε η κατάσταση στην αγορά εργασίας²⁵. Σε ό,τι αφορά το ρόλο του στρες, αρνητικές επιδράσεις στην υγεία καταγράφονται και κατά την περίοδο που οι εργαζόμενοι αναμένουν την απόλυσή τους. Όσο για τη σωματική τους υγεία, αυτή όχι μόνο συνεχίζει να επιδεινώνεται μετά την απώλεια της εργασίας, αλλά (σε αντίθεση

με την ψυχική), δεν δείχνει και να βελτιώνεται μετά από τυχόν επαναπρόσληψη.

* * *

Βιβλιογραφία

1. van Doorslaer E, et al. Income related inequalities in health: some international comparisons. *Journal of health economics*. 1997;16:93-112.
2. Wilkinson RG. *Unhealthy societies: the affliction of inequality*. London: Routledge; 1996.
3. Power C. Health and social inequality in Europe. *BMJ*. 1994;309:1153-1160.
4. Τούντας Γ. *Κοινωνία και Υγεία*. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας; 2000.
5. Bambra C. *Work, worklessness and the political economy of health*. Oxford: Oxford University Press; 2011.
6. Bambra C, Pope D, Swami V. Gender, health inequalities and welfare state regimes: a cross national study of thirteen European countries. *J.Epidemiol Community Health*. 2009;63:jech-070292.
7. Roelfs DJ, Shor E, Davidson KW. Losing life and livelihood: a systematic review and meta-analysis of unemployment, and all cause mortality. *Soc Sci Med* 2011;72:840-54.
8. Ruhm CJ. A healthy economy can break your heart. NBER Working Paper Series. Cambridge: The National Bureau of Economic Research; 2006 Mar. 33 p. Working paper no: 12102.
9. Svensson M. Do not go breaking your heart: do economic upturns really increase heart attack mortality? *Soc Sci Med*. 2007 Aug;65(4):833-41. Epub 2007 May 7.
10. Zavras D, Tsiantou V, Pavi E, Mylona K, Kyriopoulos J. Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *Eur J Public Health*. 2013 Apr;23(2):206-10. doi: 10.1093/eurpub/cks143. Epub 2012 Oct 23.
11. Ahs A, Westerling R. Self-rated health in relation to employment status during periods of high and of low levels of unemployment. *Eur J Public Health*. 2006 Jun;16(3):295-305. Epub 2005 Oct 31.
12. Tapia-Granados J. Increasing mortality during the expansions of the US economy, 1900-1996. *Int.J.Epidemiol*. 2005;34:1194-202.
13. Bethune A. Unemployment and mortality. In: Drever F, Whitehead M, editors. *Health inequalities*. London: H.M. stationery Office; 1997.
14. Burchell B. The effects of labour market position, job insecurity and unemployment on psychological health. In: Gallie D, et al. *Social change and the experience of unemployment*. Oxford: Oxford University Press; 1994.
15. Bartley M. Unemployment and ill health: understanding the

- relationship. *J. Epidemiol Community Health*. 1994;48:333-7.
16. Gallo WT, Bradley EH, Siegel M, Kasl SV. The impact of involuntary job loss on subsequent alcohol consumption by older workers: findings from the health and retirement survey. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2001;56:S3-9.
 17. Τούντας Γ. Απέναντι στη Φτώχεια και την Κατάθλιψη. Το Έθνος 2011; Δεκ 20.
 18. Gutman A. Failing Economy, Failing Health. The great recession's toll on mind and body [internet]. Harvard School of Public Health; 2014, Available at: <http://www.hsph.harvard.edu/magazine-features/failing-economy-failing-health/>. Accessed July 11, 2015.
 19. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 2009;374(9686): 315-323.
 20. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, Mckee M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet*. 2011;378(9786):124-125.
 21. Stuckler D. et al. The International Monetary Fund's effects in Global Health: Before and after the 2008 financial crisis. *Int. J. Health Sev*. 2009;39(4):771-781.
 22. Κυριόπουλος Γ, Αθανασάκης Κ, Πάβη Ε. Οικονομική κρίση και υγεία. Ένα δοκίμιο πολιτικής οικονομίας για την ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη; 2012.
 23. Economou A, Nikolaou A, Theodossiou I. Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union. Centre for European Labour Market Research. University of Aberdeen, UK, Business School Working Paper Series, 2007-182007. Available from: <http://auraserv.abdn.ac.uk:9080/aura/bitstream/2164/129/1/ISSN+0143-07-18.pdf>
 24. Ferrie JE, Shipley MJ, Marmot MG. Health effects of anticipation of job change and non-employment: longitudinal data from the Whitehall II study. *BMJ*. 1995;311:1264-9.
 25. Kerwin K, DeCicca P. Local labour market fluctuations and health: Is there a connection and for whom? *J Health Econ*. 2008;27:1532-50.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ
ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ
ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
Μάρτιος 2016

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα



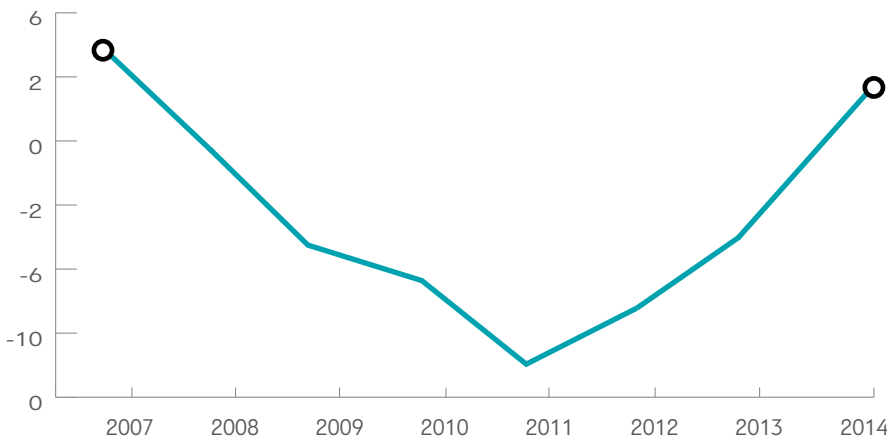
Γ1. Οι Διαστάσεις και τα Αίτια της Κρίσης

Γ1.1 Οι Παθογένειες του Ελληνικού Αναπτυξιακού και Κοινωνικού Προτύπου

Από το 2007, η Ελλάδα βρίσκεται αντιμέτωπη με μια σοβαρή οικονομική κρίση, η οποία εμφανίζει κοινά χαρακτηριστικά με τις οικονομικές δυσχέρειες που αντιμετωπίζουν άλλες ευρωπαϊκές χώρες, αλλά και ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, που περιορίζουν τις προοπτικές ανάκαμψης. Η 6ετής ύφεση (2007-2013) είχε ως αποτέλεσμα την υποχώρηση του εθνικού εισοδήματος κατά -26,3% ή 66 δις ευρώ. Το 2014 η ελληνική οικονομία εμφάνισε για πρώτη φορά θετικό ρυθμό ανάπτυξης κατά 0,8%. Ταυτόχρονα, η ανεργία υποχώρησε ελαφρά στο 26,5% από 27,3% το 2013. Την ίδια περίοδο, η σημαντική υποχώρηση των εισοδημάτων οδήγησε και σε σημαντική υποχώρηση των τιμών, με αποτέλεσμα να καταγράφεται εντεινόμενος αποπληθωρισμός¹.

Η ανάκαμψη του 2014 θεωρούνταν εύθραυστη λόγω της έκθεσης της οικονομίας σε έντονη αβεβαιότητα, ενώ η προεκλογική περίοδος επέτεινε την αβεβαιότητα και ανέστειλε τη δυναμική τάση που είχε δημιουργηθεί, κυρίως λόγω της ενδυνάμωσης του τουρισμού¹, με αποτέλεσμα το 2015, να οδηγηθεί ξανά η οικονομία στην ύφεση και να επιταθεί το κλίμα οικονομικής αβεβαιότητας.

Σχήμα 1: Ποσοστιαία μεταβολή του ΑΕΠ στο διάστημα 2007-2014



Πηγή: Eurostat 2015 ΑΕΠ αλυσωτοί δείκτες 2010

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Το Μάιο του 2010, η Ελλάδα τέθηκε υπό δημοσιονομική επιτήρηση από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, εξαιτίας των υψηλών δημόσιων ελλειμμάτων, του μεγάλου δημόσιου χρέους και τελικά της κρίσης δανεισμού από τις διεθνείς αγορές².

Μια ερμηνεία της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα θα μπορούσε να βασιστεί σε παθογένειες όπως:

– Η κατάρρευση του αναπτυξιακού και κοινωνικού προτύπου της χώρας, η οποία επί 35 συναπτά έτη δαπανά ετησίως 5% έως 10% περίπου περισσότερα από ότι παράγει, κυρίως μέσω της αλόγιστης επέκτασης ενός αναποτελεσματικού, ισοπεδωτικού, κομματοκρατούμενου και διαχειριστικά εντόνως ελλειμματικού κράτους. Το διαρκές και μεγάλο έλλειμμα του ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών οφείλεται σχεδόν εξ' ολοκλήρου στο διαρκές, άλλοτε μικρό και άλλοτε μεγάλο, συνήθως όμως μεγάλο, έλλειμμα του δημόσιου τομέα.

– Το παράδοξο της κοινωνικής πολιτικής στην Ελλάδα, το οποίο συνίσταται σε ένα υψηλό σχετικά ποσοστό κοινωνικών δαπανών επί του ΑΕΠ (κοντά στο 26%, όσο περίπου και στην υπόλοιπη Ευρωζώνη), οι οποίες όμως συνυπάρχουν με ένα υψηλό (σε σχέση με την υπόλοιπη Ευρωζώνη) ποσοστό φτώχειας, (πάνω από 20%).

Τα διαχρονικά αίτια των παραπάνω συνοψίζονται στα κάτωθι:

- Στη σπατάλη της τάξης των αρκετών δισ. ευρώ το χρόνο στις κύριες συντάξεις (π.χ. 30.000 συνταξιούχοι ΙΚΑ μη απογραφέντες). Στη χορήγηση διαχρονικά υψηλών συντάξεων από τα «ευγενή» ταμεία, χωρίς αντίστοιχες εισφορές. Στην αλόγιστη συνταγογράφηση φαρμάκων, την υπερτιμολόγηση αναλωσίμων ιατρικών υλικών και συσκευών και στη λειτουργία των κρατικών νοσοκομείων χωρίς διπλογραφικά λογιστικά συστήματα και μηχανοργάνωση. Στην έλλειψη συστημάτων ελέγχου, διοίκησης και οργάνωσης.

- Στην υψηλή φοροδιαφυγή, αλλά και στην φοροαποφυγή λόγω ποικίλων εξαιρέσεων - φοροαπαλλαγών χωρίς κοινωνικό περιεχόμενο, στο λαθρεμπόριο καυσίμων (και λόγω διπλού φόρου), στις καθυστερήσεις στην εκδίκαση υποθέσεων φοροδιαφυγής και τελικά στην έλλειψη επαρκούς πολιτικής βούλησης για την πάταξη του φαινομένου.

- Στις υψηλές αμυντικές δαπάνες (λόγω του περιβάλλοντος ασφαλείας αλλά και της έλλειψης συντονισμού – διακλαδικότητας – μεταξύ των τριών όπλων) καθώς και στην απουσία μεταρρυθμίσεων στην οργάνωση και στη λειτουργία των ενόπλων δυνάμεων.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

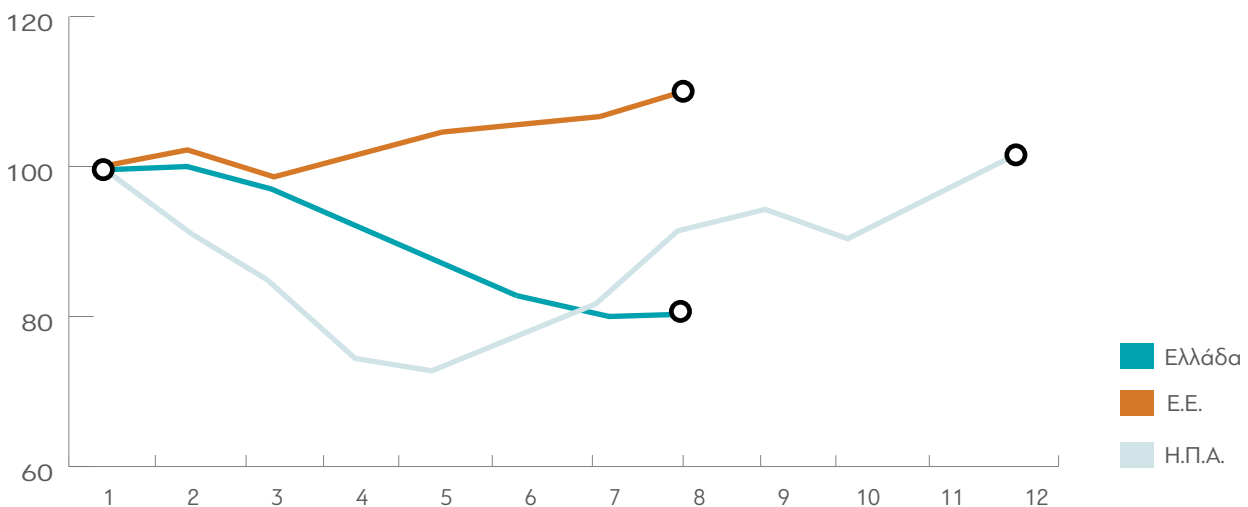
ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

- Στην αναποτελεσματική διαχείριση πληθώρας Δημόσιων Επιχειρήσεων και Οργανισμών (ΔΕΚΟ), στις οποίες το Δημόσιο χορηγούσε αφειδώς κρατικές εγγυήσεις οι οποίες συνήθως κατέπιπταν αυξάνοντας το δημόσιο χρέος, και στην αναποτελεσματική διαχείριση εκατοντάδων δήμων και κοινοτήτων καθώς και δημοτικών επιχειρήσεων.

- Στην απώλεια διαρθρωτικής ανταγωνιστικότητας, κυρίως λόγω των περιορισμών που επιβάλλει το Δημόσιο στην επιχειρηματική δραστηριότητα και στις επενδύσεις, των κλειστών επαγγελμάτων και αγορών, γενικότερα όμως λόγω της κοινωνικής αποστροφής που έχει δημιουργηθεί γύρω από τις έννοιες: ανταγωνισμός, αξιοκρατία, ανταγωνιστικότητα, αριστεία, δημιουργικότητα, επιχειρηματικότητα, παραγωγικότητα.

Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα του BBC, η ύφεση της ελληνικής οικονομίας ταυτίζεται με τη Μεγάλη Ύφεση που βίωσαν οι ΗΠΑ τη δεκαετία του '90. Τα τελευταία χρόνια η παραγωγική βάση της χώρας έχει εξαρθρωθεί, ενώ η οικονομία έχει συρρικνωθεί κατά το 1/4. Οι αναλυτές προβάλλουν τα ελληνικά δεδομένα με εκείνα που έζησαν οι Αμερικανοί κατά την περίοδο του Κραχ και καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι μπορεί η ζημιά να μην είναι τόσο μεγάλη, αλλά έχει διαρκέσει περισσότερο, ενώ οι προβλέψεις για το 2015 δεν είναι και οι καλύτερες για την ελληνική οικονομία.

Σχήμα 2: Η ύφεση στην Ελλάδα, στην Ε.Ε. και στις Η.Π.Α.



Πηγή: IMF, the Maddison Project, 2015 (3)

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

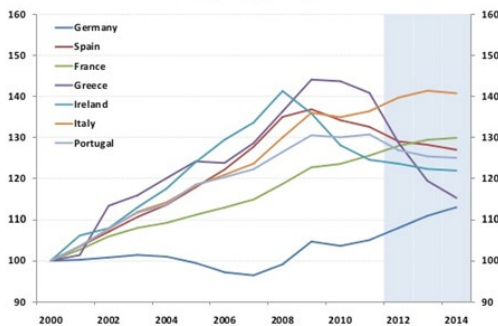
ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Γ1.2. Η Οικονομική Κρίση και οι Συνέπειές της στο ΑΕΠ και στην Απασχόληση

Οι στρεβλώσεις του παραγωγικού μοντέλου της χώρας αποτυπώνονται χαρακτηριστικά στο δείκτη του κόστους εργασίας ανά μονάδα παραγόμενου προϊόντος, όπου η Ελλάδα, αν και υπολείπεται σημαντικά από τις υπόλοιπες χώρες όσον αφορά στους μισθούς, εμφανίζει έναν πολύ υψηλό δείκτη, ο οποίος είναι αποτέλεσμα της χαμηλής παραγωγικότητας (Σχήμα 3)⁴.

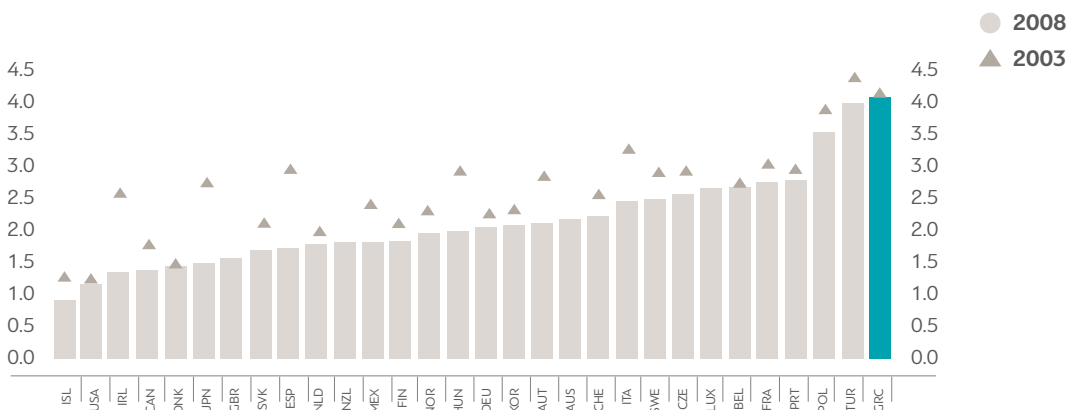
Επιπλέον, για πολλές δεκαετίες το οικονομικό περιβάλλον ήταν ιδιαίτερα περιοριστικό, λόγω της επιμονής των κυβερνήσεων για μεγάλη ιδιοκτησία και συμμετοχή του κράτους σε επιχειρήσεις, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες αναπτυγμένες χώρες (Σχήμα 4)⁵, παρά το γεγονός ότι η ικανοποίηση των πολιτών από τη δημόσια διοίκηση ήταν πολύ χαμηλή (Σχήμα 5)⁶.

Σχήμα 3: Κόστος εργασίας ανά μονάδα παραγόμενου προϊόντος (2000=100) Ευρώπη, 2000-2014



Πηγή: ΟΟΣΑ, 2012

Σχήμα 4: Ιδιοκτησία και συμμετοχή του κράτους σε επιχειρήσεις (μεγαλύτερος δείκτης / περιοριστικό επιχειρηματικό περιβάλλον)

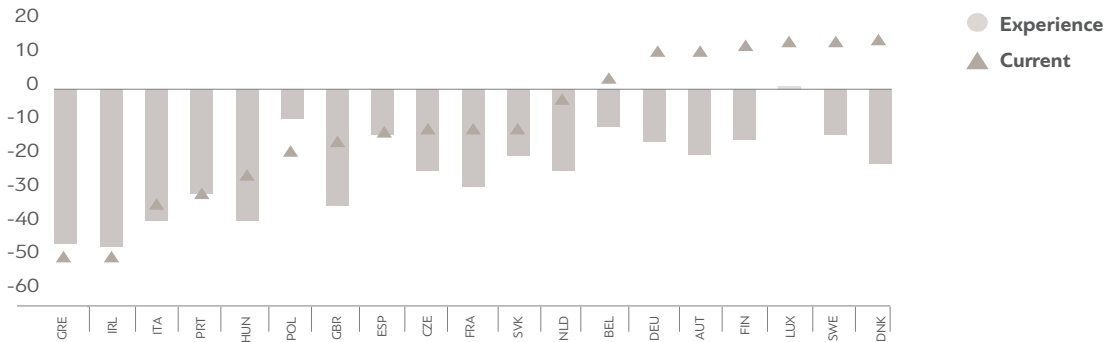


Πηγή: ΟΟΣΑ 2010 Product Market Regulation database

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

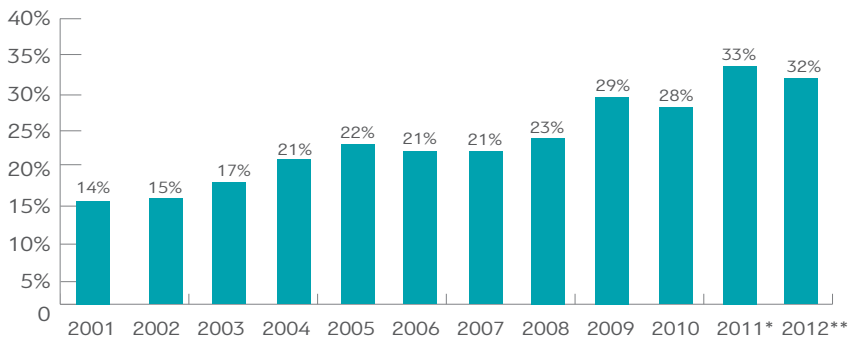
Σχήμα 5: Ικανοποίηση πολιτών από τη δημόσια διοίκηση



Πηγή: Special Eurobarometer, 2010

Όσον αφορά στη διαχείριση των κοινωνικών δαπανών, η αρχή της κρίσης βρίσκει την κεντρική διοίκηση να μεταθέτει ολοένα και μεγαλύτερο βάρος των ελλειμμάτων στους φορολογούμενους, καθώς το 30% περίπου των δαπανών των ταμείων καλύπτονταν από επιχορήγηση του τακτικού προϋπολογισμού (Σχήμα 6)⁷.

Σχήμα 6: Επιχορηγήσεις Τακτικού Προϋπολογισμού σε Ταμεία ως % Δαπανών Ταμείων



* Εκτίμηση **Πρόβλεψη

Πηγή: Υπ. Οικονομικών, ΓΛΚ, 2011

Με αφετηρία την ως άνω πραγματικότητα, η χώρα εισήλθε σε μια παρατεταμένη οικονομική κρίση η οποία χαρακτηρίζεται από:

- διαρκή μείωση του ΑΕΠ (Σχήμα 7)⁸
- αύξηση της ανεργίας σε πρωτοφανή επίπεδα σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ, με πιο ευάλωτη την ηλικιακή ομάδα 25-49 ετών
- αύξηση του χρέους των νοικοκυριών και μείωση της κατανάλωσης και των αποταμιεύσεων (Σχήμα 8)⁸

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

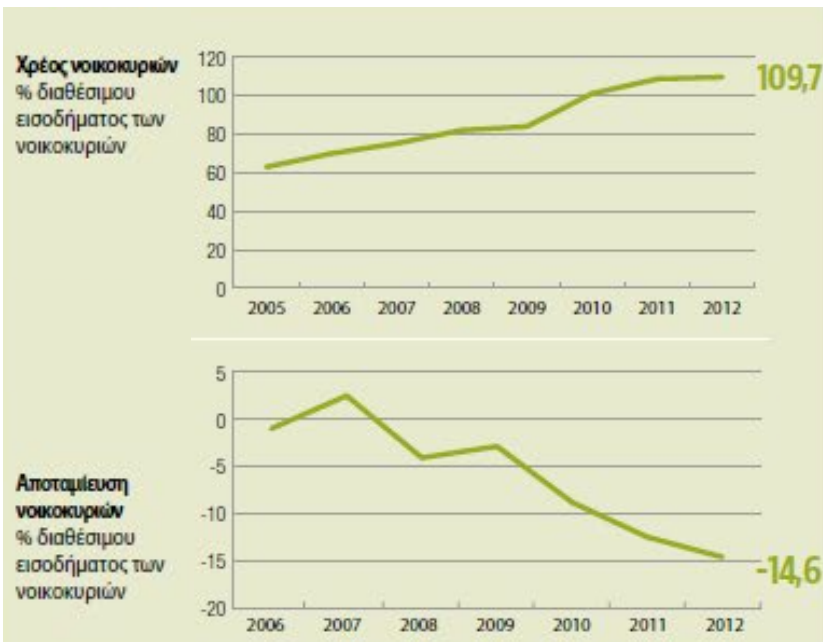
ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 7: Εξέλιξη του ΑΕΠ στην Ελλάδα, 2000-2013 (δισ USD)



Πηγή: ΟΟΣΑ, 2015

Σχήμα 8: Χρέος και αποταμίευση νοικοκυριών, ως ποσοστό του διαθέσιμου εισοδήματος στην Ελλάδα, 2013



Πηγή: ΟΟΣΑ, 2015

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

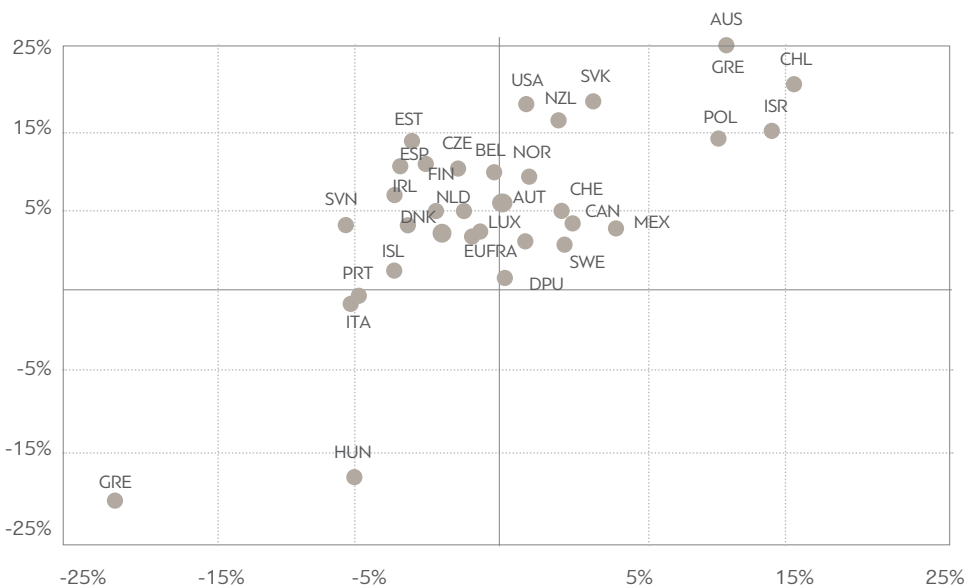
ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Γ1.3. Οικονομική Κρίση και Κοινωνική Πολιτική

Όπως ήταν αναμενόμενο, η οικονομική κρίση έπληξε σε σημαντικό βαθμό την κοινωνική πολιτική, η οποία αποτελούσε τον πιο ευάλωτο ίσως τομέα δημόσιας πολιτικής στη χώρα. Αυτό, διότι η υποχώρηση του ΑΕΠ, όχι μόνο δεν βρήκε ανάχωμα στους θεσμούς κοινωνικής προστασίας, αλλά συμπαρέσυρε και τις κοινωνικές δαπάνες, με την Ελλάδα να εμφανίζει την πιο επιθετική μείωση και στα δύο μεγέθη, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ (Σχήμα 9)⁹.

Στον τομέα της υγείας, οι δημόσιες δαπάνες βρίσκονται πλέον κάτω και από τους στόχους που τέθηκαν στο πλαίσιο των δανειακών συμβάσεων, ενώ το μεγαλύτερο πρόβλημα του συστήματος είναι ο μεγάλος αριθμός των ανασφάλιστων οι οποίοι προσεγγίζουν το 27% περίπου του συνολικού πληθυσμού, τη στιγμή που το 2009 ήταν στα επίπεδα του 5%.

Σχήμα 9: Διακύμανση του ΑΕΠ και των κοινωνικών δαπανών σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ από 2007/08 έως 2012/13



Πηγή: ΟΟΣΑ, 2014

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

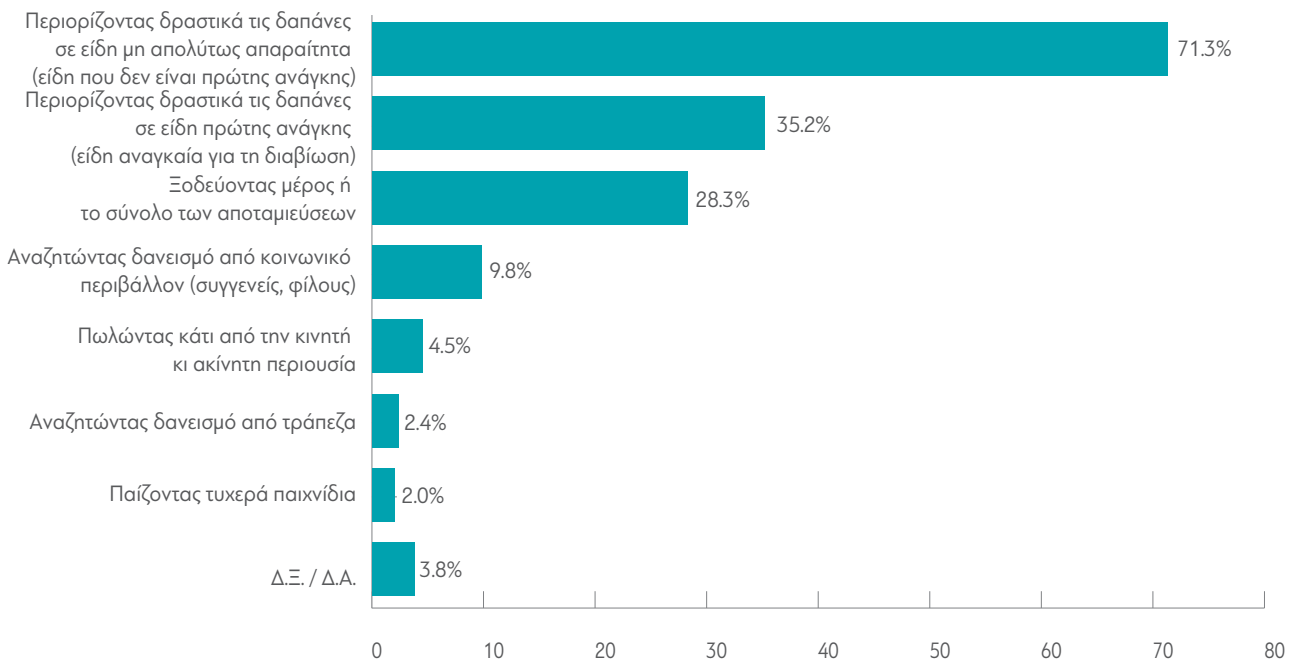
ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σύμφωνα με τα ευρήματα πανελλαδικής έρευνας του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ) του 2013, η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει σημαντικά τη διαχείριση του οικογενειακού εισοδήματος (Σχήμα 10)¹⁰.

Σχήμα 10: Επιπτώσεις στη διαχείριση του οικογενειακού εισοδήματος

ΕΡΩΤΗΣΗ: «Πώς έχετε αντιμετωπίσει εσείς ή η οικογένειά σας την οικονομική κρίση τους τελευταίους 12 μήνες»;

Βάση: Όλο το δείγμα



Πηγή: ΕΠΙΨΥ, 2013

Βιβλιογραφία

1. Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα 2014. Γεγονότα και Στοιχεία. Παρατηρητήριο Οικονομικών Υγείας. Νοέμβριος 2015.
2. Κυριόπουλος Γ, Αθανασάκης Κ, Πάβη Ε. Οικονομική κρίση και υγεία. Ένα δοκίμιο πολιτικής οικονομίας για την ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη; 2012.
3. IMF, the Maddison Project, 2015
4. OECD. OECD Economic Outlook, November 2012, issue 2. OECD Publishing; 2012 Dec 17. 272 p. No 92. Available from: http://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-economic-outlook-volume-2012-issue-2_eco_outlook-v2012-2-en
5. OECD. Indicators of Product Market Regulation database. OECD; 2010. Available from: <http://www.oecd.org/eco/reform/indicatorsofproductmarketregulationhomepage.htm#indicators>
6. European Commission. Special Eurobarometer 315/ Wave 71.2. Social Climate. European Commission; 2010 Jan. 253 p. Available from: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_315_en.pdf
7. Υπ. Οικονομικών, ΓΛΚ; 2011.
8. OECD. OECD360: Ελλάδα 2015. OECD; 2015. Available from: <http://www.oecd360.org/>
9. OECD. Society at a Glance 2014 Highlights: GREECE The crisis and its aftermath. OECD; 2014 Mar. 3 p. Available from: <http://www.oecd.org/greece/OECD-SocietyAtaGlance2014-Highlights-Greece.pdf>
10. ΕΠΙΨΥ. Πανελλαδική μελέτη: Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του ελληνικού πληθυσμού. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ); 2013.

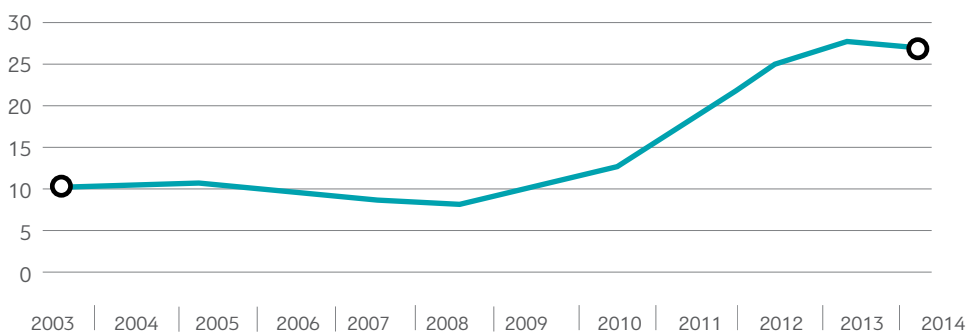
Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Γ2. Το Φαινόμενο της Ανεργίας

Στη διάρκεια της οικονομικής κρίσης υπήρξε αύξηση της ανεργίας σε πρωτοφανή επίπεδα (Σχήμα 1, Πίνακας 1)¹. Όπως, όμως, φαίνεται στον Πίνακα 1, το 2014 με τη βελτίωση των οικονομικών δεικτών υπήρξε και μικρή κάμψη της ανεργίας.

Σχήμα 1: Ποσοστό ανεργίας στην Ελλάδα (2003 – 2014)



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

Πίνακας 1: Πληθυσμός ηλικίας 15 ετών και άνω, κατά κατάσταση απασχόλησης (2003-2014)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Απασχολούμενοι	4.353,2	4.389,5	4.443,6	4.527,5	4.564,1	4.610,5	4.556,0	4.389,8	4.054,4	3.695,0	3.513,2	3.536,2
Άνεργοι	472,7	520,0	493,6	448,2	418,4	387,9	484,7	639,4	881,8	1.195,1	1.330,4	1.274,4
Μη οικονομικά ενεργοί	4.409,1	4.375,8	4.395,6	4.398,4	4.430,0	4.436,8	4.390,4	4.370,3	4.436,7	4.454,7	4.466,0	4.471,5
Ποσοστό απασχόλησης (*)	47.1	47.3	47.6	48.3	48.5	48.9	48.3	46.7	43.3	39.5	37.7	38.1
Ποσοστό ανεργίας	9.8	10.6	10.0	9.0	8.4	7.8	9.6	12.7	17.9	24.4	27.5	26.5

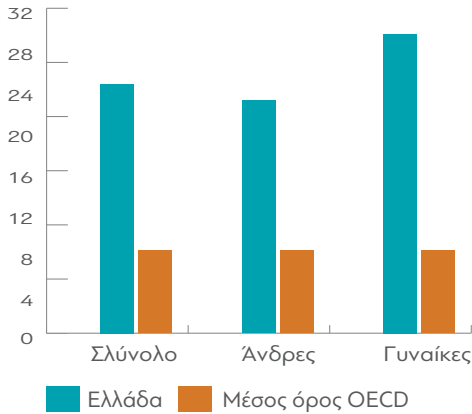
(*) Το ποσοστό απασχόλησης είναι το ποσοστό των απασχολούμενων επί του συνολικού πληθυσμού.

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

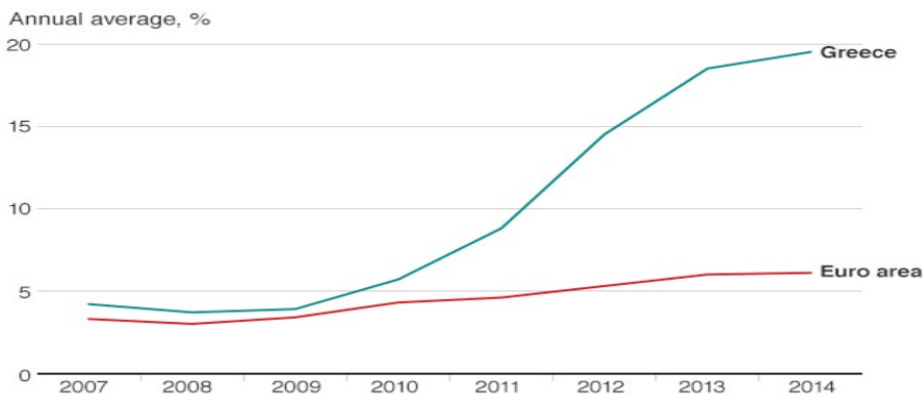
Σχήμα 2: Ποσοστό ανεργίας ως ποσοστό του εργατικού δυναμικού στην Ελλάδα, 2013



Πηγή: ΟΟΣΑ, 2015

Μεγαλύτερο κίνδυνο για τις αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία διατρέχουν οι μακροχρόνιοι άνεργοι, που όπως -όπως φαίνεται στο Σχήμα 3- έχουν αυξηθεί σημαντικά μετά το 2010 σε σύγκριση με τις χώρες της ευρωζώνης². Η κατηγορία αυτή των ανέργων παρουσιάζει αύξηση, και το 2014, σε αντίθεση με γενικό ποσοστό ανεργίας.

Σχήμα 3: Μακροχρόνια ανεργία



Πηγή: Eurostat, 2015

Πίνακας 2: Μακροχρόνια άνεργοι (*) ανά φύλο (2003 – 2014)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Άνδρες	85.950	86.467	76.384	76.980	63.840	60.209	69.006	111.148	190.345	335.798	441.986	462.412
Γυναίκες	172.475	188.641	179.855	165.671	144.102	122.447	126.663	174.039	244.706	370.384	450.750	474.420
% Άνδρες	3.0	3.0	2.6	2.6	2.2	2.0	2.4	3.8	6.8	12.2	16.2	17.2
% Γυναίκες	8.9	9.4	8.9	8.1	7.0	5.9	6.0	8.1	11.5	17.4	21.4	22.4

Σημείωση: Τα αποτελέσματα της Έρευνας Εργατικού Δυναμικού έχουν αναθεωρηθεί, από το 2001 και μετά, βάσει των πληθυσμιακών εκτιμήσεων που προέκυψαν από τα Αποτελέσματα της Απογραφής Πληθυσμού του 2011.

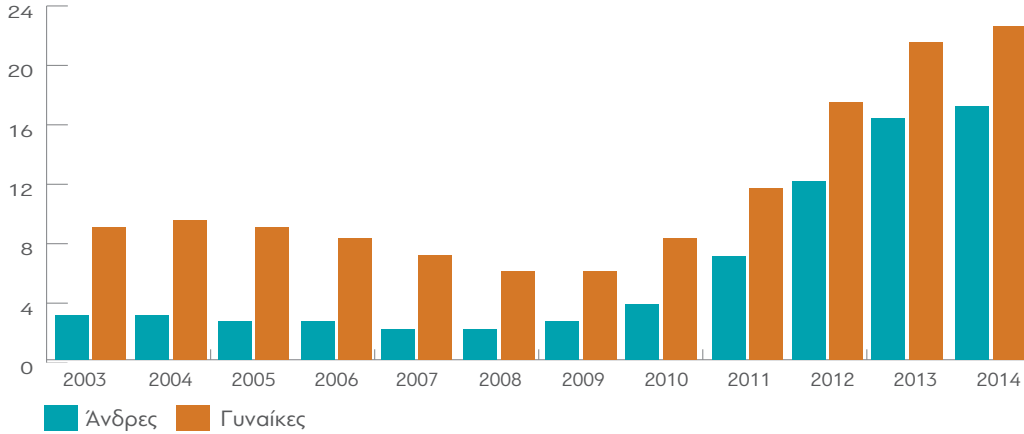
(*) Το ποσοστό των μακροχρόνιοι ανέργων ορίζεται ως το ποσοστό των ατόμων που αναζητούν εργασία για ένα χρόνο ή περισσότερο προς το σύνολο του εργατικού δυναμικού.

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

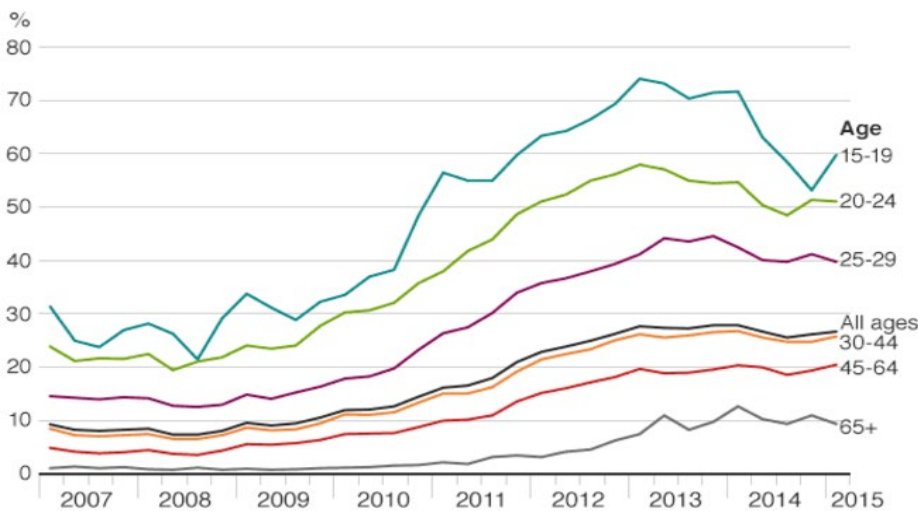
Σχήμα 4: Μακροχρόνια άνεργοι ανά φύλο (2003 – 2014) (%)



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

Τα νούμερα ανεβαίνουν δραματικά σε ό,τι έχει να κάνει με τους νέους (Σχήμα 5). Σχεδόν οι μισοί από αυτούς δεν έχουν καταφέρει να ενταχθούν στην εργατική βάση, ενώ σε κάποιες περιοχές τα ποσοστά αγγίζουν και το 60%³. Σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ, η πιο ευάλωτη είναι η ηλικιακή ομάδα 25-49 ετών (Σχήμα 6)⁴.

Σχήμα 5: Ποσοστά ανεργίας κατά ηλικιακή ομάδα (2007-2015)



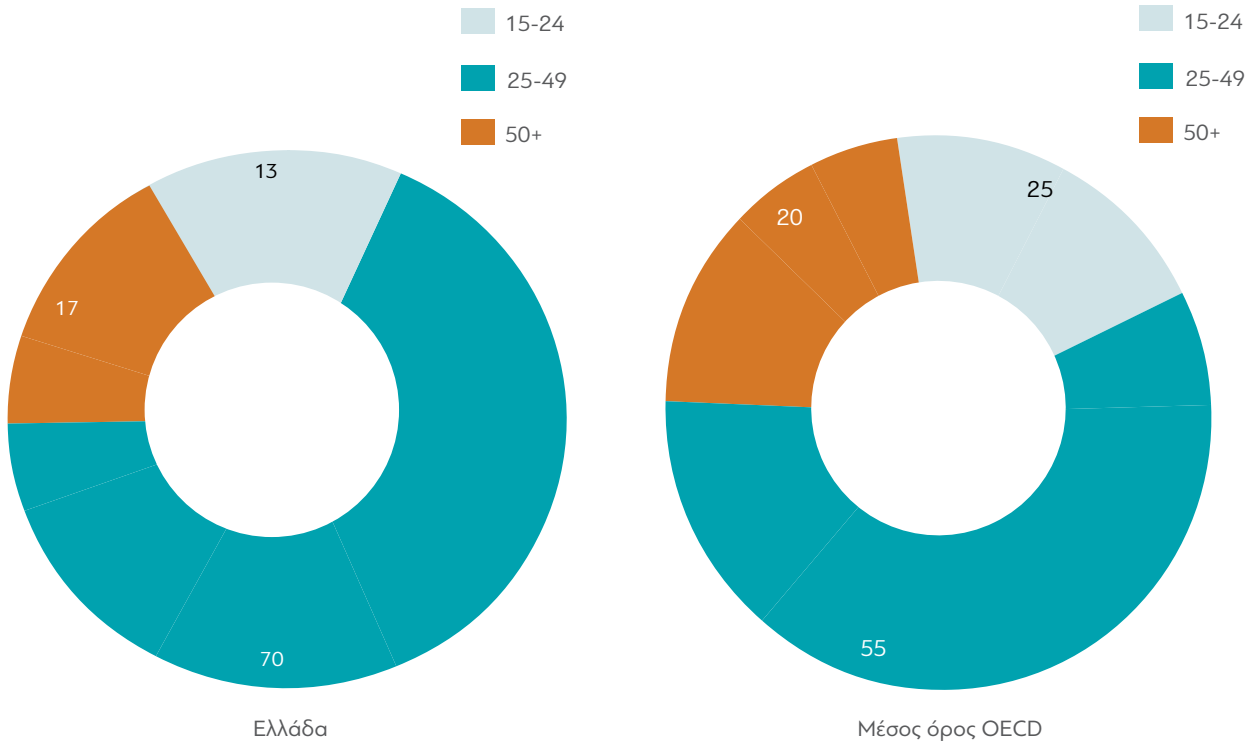
Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

Ένας στους τρεις νέους βρίσκεται εκτός εργασίας για πάνω από ένα χρόνο. Οι οικονομικές επιπτώσεις φαίνονται στα έσοδα των Ταμείων, ενώ από κοινωνικής άποψης συναντά κανείς οικογένειες να συντηρούνται από συνταξιούχους που έχουν, τουλάχιστον, ένα γλίσχρο, αλλά σταθερό εισόδημα.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 6: Ποσοστό ανεργίας ως ποσοστό του συνόλου των ανέργων ανά ηλικιακή ομάδα στην Ελλάδα, 2013



Πηγή: ΟΟΣΑ, 2015

Βιβλιογραφία

1. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Συνθήκες Διαβίωσης στην Ελλάδα. Αθήνα: Ελληνική Δημοκρατία, Ελληνική Στατιστική Αρχή; 2015.
2. Eurostat Database 2015. Available from: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
3. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Available from: <http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE>
4. OECD. OECD 360: Ελλάδα 2015. OECD; 2015. Available from: <http://www.oecd360.org/>

Γ3. Το Φαινόμενο της Φτώχειας

Οι αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία του πληθυσμού, οι οποίες αυξάνουν τις ανάγκες για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και μειώνουν την παραγωγικότητα, καθώς και οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας που επιβαρύνουν το ατομικό και οικογενειακό εισόδημα, εντείνουν το φαινόμενο της φτώχειας.

Σύμφωνα με τις συστάσεις του ΟΗΕ, ως φτώχεια ορίζεται η αδυναμία συμμετοχής, λόγω χαμηλού εισοδήματος, ενός ατόμου στο κοινωνικό γίγνεσθαι. Η απόλυτη φτώχεια ορίζεται ως το ποσοστό του πληθυσμού που ζει με λιγότερο από ένα καθορισμένο ποσό την ημέρα (συνήθως ένα δολάριο σε τιμές 1985), γεγονός που αφορά κυρίως τις αναπτυσσόμενες κοινωνίες. Ως σχετική φτώχεια ορίζεται το ποσοστό του πληθυσμού που ζει με εισόδημα κατώτερο του 50% ή 60% του διάμεσου εισοδήματος¹.

Μία δαπάνη υγείας θεωρείται «καταστροφική» όταν η ίδια συμμετοχή του νοικοκυριού στη δαπάνη υπερβαίνει ένα ποσοστό του διαθέσιμου εισοδήματος σε ύψος κατά το οποίο, το εναπομείναν εισόδημα δεν επαρκεί ώστε να καλυφθούν στοιχειώδεις δαπάνες διαβίωσης των μελών του νοικοκυριού, όπως η διατροφή, η ένδυση και η εκπαίδευση. Με βάση τα κριτήρια του ΠΟΥ, μια δαπάνη υγείας θεωρείται καταστροφική όταν η ίδια συμμετοχή υπερβαίνει το 40% του εναπομείναντος διαθέσιμου εισοδήματος¹.

Το 2003 είχε εκτιμηθεί ότι η συνολική (σχετική και απόλυτη) φτώχεια έπληττε πάνω από το 25% του πληθυσμού της Ελλάδας, ενώ καταστροφικές δαπάνες για την υγεία καταγράφονται στο 2,5% των νοικοκυριών όταν στον Καναδά, τη Φινλανδία, τη Γερμανία, την Ισλανδία, την Ισπανία, τη Σουηδία, τη Γαλλία και το Ηνωμένο Βασίλειο ήταν μικρότερο από 1%, ενώ στις ΗΠΑ 2,45%².

Στην πρόσφατη έκθεση «Μορφές προσαρμογής και ανισότητες στην Ελλάδα κατά την κρίση» των Τ. Γιαννίτση και Στ. Ζωγραφάκη, αναφέρεται ότι το μέσο προ φόρων εισόδημα όλων των νοικοκυριών μειώθηκε μεταξύ 2008 και 2012 κατά 23%, ότι η πρόσθετη φορολογία (άμεσοι και έμμεσοι φόροι και φόροι περιουσίας) που επιβλήθηκε

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

οδήγησε σε μια πρόσθετη μέση μείωση του εισοδήματος κατά 7%, και ότι ο πληθωρισμός στην ίδια περίοδο μείωσε περαιτέρω το πραγματικό διαθέσιμο εισόδημα κατά 5%. Η συνολική μέση μείωση ήταν 35%³.

Οι μελετητές έκαναν τρεις διακρίσεις: τα πρώτα έξι δεκατημόρια (60% του πληθυσμού) αντιπροσωπεύουν τα σχετικά χαμηλά εισοδήματα, τα επόμενα τρία δεκατημόρια (30%) τα μεσαία εισοδήματα και το υψηλότερο (το 10ο) δεκατημόριο τα υψηλά εισοδήματα.

Διαπιστώνεται ότι, στη χαμηλή εισοδηματική ομάδα, το μέσο εισόδημα έχει αυξηθεί κατά 1% το 2012 σε σχέση με το 2008, στη μεσαία ομάδα έχει μειωθεί κατά 18,9%, ενώ στην υψηλή ομάδα έχει μειωθεί κατά 36,5%. Συνεπώς, η πρώτη ανάγνωση δείχνει ότι οι εισοδηματικές μειώσεις συμβαδίζουν με μια «λογική κοινωνικής δικαιοσύνης» και αναδιανομής του πλούτου, καθώς τα υψηλότερα εισοδήματα επιβαρύνθηκαν περισσότερο.

Όμως, το μέσο εισόδημα της ομάδας αυτής, τόσο το 2008 όσο και, κυρίως το 2012, ήταν κοντά ή και κάτω από το όριο, φτώχειας (8.767 ευρώ το 2008 και 7.756 ευρώ το 2012). Το 52% των νοικοκυριών της χαμηλής ομάδας, ήτοι το 31% όλων των νοικοκυριών της χώρας, είδε το μέσο ετήσιο εισόδημά του να μειώνεται από τα 10.578 ευρώ στα 6.576 ευρώ, δηλαδή κάτω από το όριο της φτώχειας. Η δε αύξηση της φορολογικής επιβάρυνσης έπληξε σε δυσανάλογα μεγάλη έκταση τα χαμηλότερα εισοδήματα.

Στον πίνακα που ακολουθεί αναγράφονται τα όρια φτώχειας και το ενδιάμεσο εισόδημα των ατόμων σε κατάσταση φτώχειας για τα έτη 2008-2012³.

Πίνακας 1: Όριο φτώχειας και ενδιάμεσο εισόδημα των ατόμων σε κατάσταση φτώχειας το 2012

	2008	2009	2010	2011	2012	2012/08 % μεταβολή
Όριο φτώχειας σε €	8.766,9	9.062,4	9.159,3	8.371,0	7.756,1	-11.5
Ενδιάμεσο εισόδημα των ατόμων σε κατάσταση φτώχειας το 2012	6.575,0	6.629,6	6.145,0	5.052,2	3.600,0	-45.2

Πηγή: Gianitsis, 2015

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

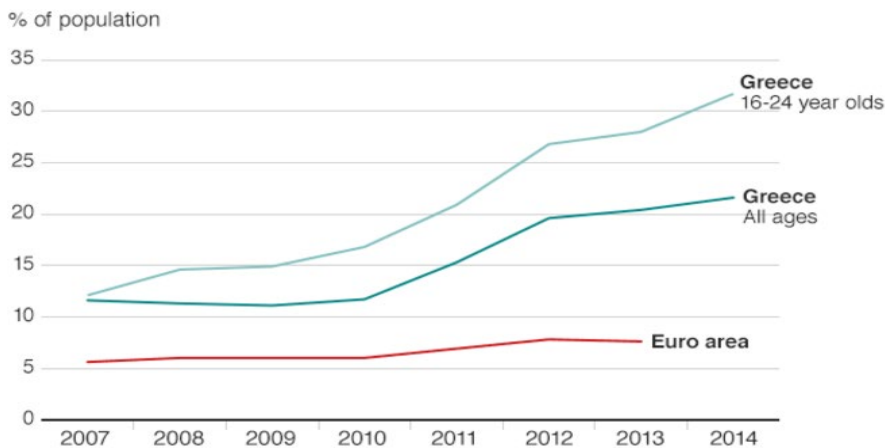
ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της Hellas Health VI (Μάιος 2015), τα άτομα κάτω από το σταθερό όριο σχετικής φτώχειας, ανέρχονταν σε 20% περίπου του συνόλου των συμμετεχόντων. Δηλαδή, στο ποσοστό του πληθυσμού που είχε το 2014 εισόδημα χαμηλότερο του 60% του διάμεσου ισοδύναμου εισοδήματος του 2009. Τα μεγαλύτερα δε ποσοστά κάτω από το σταθερό όριο σχετικής φτώχειας, παρουσιάζονται ως αναμενέτο, στους ανέργους, αλλά και στους ελεύθερους επαγγελματίες, ενώ τα μικρότερα στους μισθωτούς.

Αναμενόμενο είναι και το υψηλό ποσοστό των ανέργων που δηλώνουν μείωση του εισοδήματός τους (88,8%), καθώς και των συνταξιούχων (81,5%). Εντύπωση προκαλεί το γεγονός, ότι μεγαλύτερο ποσοστό από το ανώτερο επίπεδο, δηλώνει μείωση του εισοδήματος σε σύγκριση προς το κατώτερο, γεγονός που δεν συνάδει με τη διαδεδομένη άποψη ότι τα βάρη των μνημονικών μέτρων έπληξαν σε απόλυτους αριθμούς περισσότερο τα κατώτερα στρώματα. Βέβαια, οι οικονομικές δυσκολίες καταγράφονται σε μεγαλύτερο ποσοστό στα κατώτερα επίπεδα, στους ανέργους και στις νοικοκυρές, λόγω της μεγαλύτερης ποσοστιαίας επιδείνωσης του εισοδήματός τους. Με άλλα λόγια τα ανώτερα στρώματα έχασαν περισσότερα αλλά τα χαμηλότερα αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες οικονομικές δυσκολίες αν και έχασαν λιγότερα.

Σύμφωνα με πρόσφατη έκθεση του BBC, σε περιόδους οικονομικής κρίσης, οι φτωχοί είναι οι πλέον ευάλωτοι. Μόνο που τώρα ξεπερνούν ακόμη και το έσχατο όριο ένδειας. Ένας στους πέντε βρίσκεται κάτω από το επίπεδο φτώχειας (ο αριθμός έχει διπλασιαστεί από το 2008), ενώ περίπου τέσσερα εκατομμύρια Έλληνες κινδυνεύουν να βρεθούν κάτω από το όριο της φτώχειας (Σχήματα 1 & 2)⁴.

Σχήμα 1: Ποσοστό του Πληθυσμού σε ένδεια



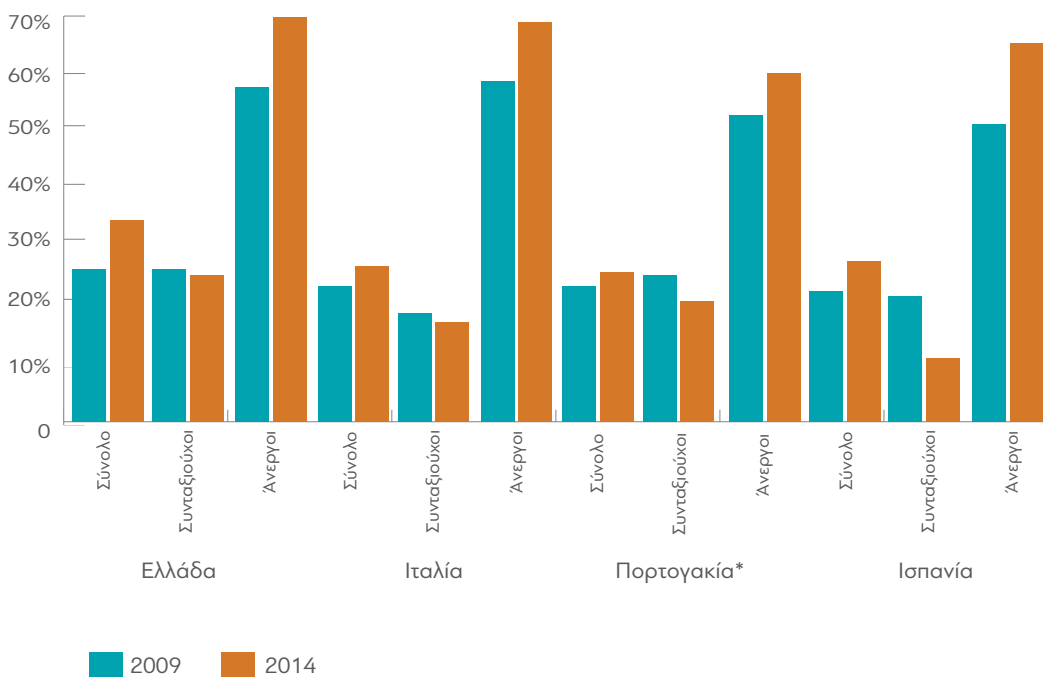
Note: the material deprivation rate tracks the proportion of people living in households that cannot afford at least four of nine common items

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σύμφωνα με ανάλυση που παρουσιάστηκε πρόσφατα στο Reuters, οι Έλληνες, από το 2008 έως το 2015 έγιναν φτωχότεροι κατά 40%, ενώ τα εισοδήματα το 2014 έχουν πέσει κάτω από το επίπεδο που βρίσκονταν το 2003. Ο δε κίνδυνος φτώχειας στο σύνολο του πληθυσμού, συνταξιούχων και ανέργων, έχει αυξηθεί σημαντικά στην Ελλάδα από το 2009 (Σχήμα 2).

Σχήμα 2: Κίνδυνος φτώχειας στο σύνολο του πληθυσμού, συνταξιούχων και ανέργων σε Ελλάδα, Ιταλία, Πορτογαλία και Ισπανία (2009 και 2014)



*Σημείωση: Τα στοιχεία της Πορτογαλίας αφορούν το έτος 2013

Πηγή: Eurostat, 2015

Σύμφωνα με τον πίνακα 2 και το Σχήμα 3⁵, ο κίνδυνος φτώχειας παρουσιάζει μικρή μείωση την περίοδο 2013-2014, προφανώς λόγω της μικρής βελτίωσης της οικονομίας.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

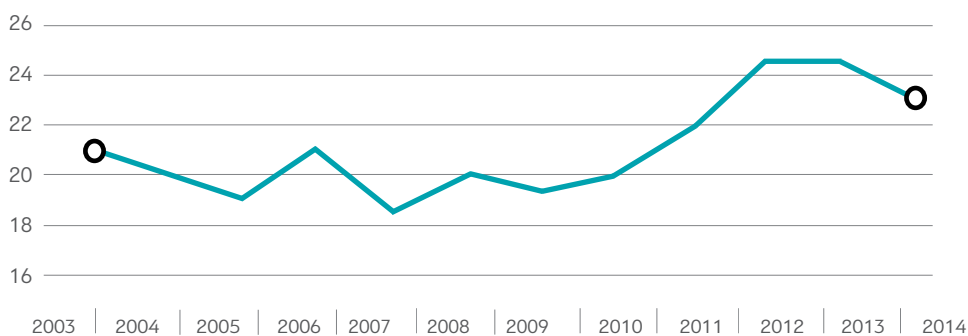
Πίνακας 1: Κίνδυνος φτώχειας μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις (*), κατά φύλο και ομάδες ηλικιών (2003-2014)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Κατώφλι κινδύνου φτώχειας (σε €)	4.741	5.300	5.650	5.910	6.120	6.480	6.897	7.178	6.591	5.708	5.023	4.608
Κατά φύλο (%)												
Σύνολο	20,8	20,2	19,5	20,8	19,2	20,1	19,7	20,1	21,4	23,1	23,1	22,1
Άνδρες	20,0	19,0	18,1	19,8	18,4	19,6	19,1	19,3	20,9	22,5	22,4	22,2
Γυναίκες	21,4	21,2	20,8	21,7	20,0	20,7	20,2	20,9	21,9	23,6	23,8	22,0
Κατά ομάδες ηλικιών (%)												
0 – 17	21,5	20,7	20,3	22,8	22,1	23,0	23,7	23,0	23,7	26,9	28,8	25,5
18 – 64	19,0	18,1	17,1	18,4	18,7	18,7	18,1	19,0	20,2	23,8	24,1	23,5
65+	29,3	28,4	27,8	25,5	22,0	22,3	21,4	21,3	23,6	17,2	15,1	14,9

(*) Το ποσοστό των ατόμων που ζουν σε νοικοκυριά, των οποίων το συνολικό ισοδύναμο εισόδημα είναι χαμηλότερο του κατώφλιου της φτώχειας, δηλαδή του 60% του εθνικού διάμεσου (του εισοδήματος που βρίσκεται στο μέσο της κατανομής) ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος.

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

Σχήμα Α3: Κίνδυνος φτώχειας (2003 – 2014)



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

Σε έκθεση του ΟΟΣΑ που εκδόθηκε το Μάιο του 2015, ο παγκόσμιος οργανισμός διαπιστώνει ότι η ψαλίδα μεταξύ υψηλών και χαμηλών εισοδημάτων ανοίγει διαρκώς. Η ανισότητα στα εισοδήματα στο δυτικό κόσμο είναι στο υψηλότερο σημείο των τελευταίων 30 χρόνων. Μάλιστα, η μελέτη διαφεύδει ότι η μεγαλύτερη ανισότητα αποτελεί κίνητρο και εφαλτήριο για την επίτευξη μεγαλύτερου εισοδήματος, αντίθετα δείχνει ότι τείνει να παγιώσει τη φτώχεια⁶.

Από τις χώρες με επίσημα στοιχεία του ΟΟΣΑ, η Ελλάδα βρίσκεται στη χειρότερη θέση των χωρών της ευρωζώνης και στη δεύτερη χειρότερη της Ε.Ε., αμέσως κάτω από τη Μεγάλη Βρετανία. Μόνο η Λετονία είναι σε χειρότερη θέση, αλλά προτού ακόμα μπει στο ευρώ. Από τις 34 χώρες μέλη του ΟΟΣΑ, η Ελλάδα βρίσκεται στην 7η χειρότερη πίσω από

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Βρετανία, Ισραήλ, ΗΠΑ, Τουρκία, Μεξικό και Χιλή, με την τελευταία να παρουσιάζει τη χειρότερη επίδοση από τις χώρες του οργανισμού.

Η Ελλάδα παρουσιάζει τη χειρότερη πτώση εισοδημάτων στο εισοδηματικά κατώτερο 10% του πληθυσμού από όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ. Τα νοικοκυριά στην Ελλάδα έχαναν κάθε χρόνο το 8% του καθαρού εισοδήματός τους τα χρόνια της κρίσης. Επιπλέον, εάν ληφθεί ως αφετηρία το προ κρίσης όριο της φτώχειας στην Ελλάδα, τότε η φτώχεια έχει διπλασιαστεί, φτάνοντας στο 27%, όπως αναφέρει η έκθεση⁷.

* * *

Βιβλιογραφία

1. Κυριόπουλος Γ, Αθανασάκης Κ, Πάβη Ε. Οικονομική κρίση και υγεία. Ένα δοκίμιο πολιτικής οικονομίας για την ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη; 2012.
2. Στάκλερ Ν, Σάντζεϊ Μ. Πολιτικές ζωής και θανάτου. Πως η κρίση επηρεάζει την ανθρώπινη υγεία [Μ. Μυρώνη, Μεταφρ.]. Αθήνα: Εκδόσεις Ψυχογιός; 2014.
3. Giannitsis T, Zografakis S. Greece: Solidarity and adjustment in times of crisis. IMK Studies, Nr. 38. Düsseldorf: Macroeconomic Policy Institute of the Hans-Boeckler-Foundation; 2015. Available from: http://www.boeckler.de/imk_5274.htm?produkt=HBS-006063&chunk=1&jahr=2015
4. Eurostat Database 2015. Available at: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
5. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Συνθήκες Διαβίωσης στην Ελλάδα. Αθήνα: Ελληνική Δημοκρατία, Ελληνική Στατιστική Αρχή; 2015.
6. WHO. Financial crisis and global health: report of a high-level consultation. Geneva: World Health Organization; 2009.
7. WHO. Health amid a financial crisis: a complex diagnosis. Bulletin of the World Health Organization. 2009;87(1):1-80. Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/1/en/>

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ
ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ
ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
Μάρτιος 2016

Οι επιπτώσεις στην υγεία
του ελληνικού πληθυσμού



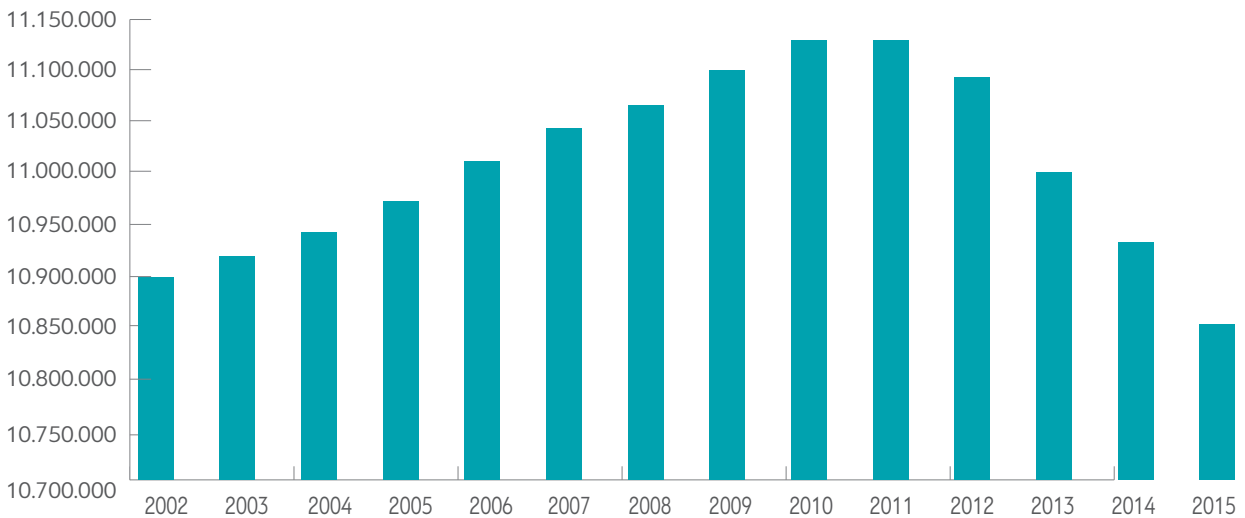
Δ1. Δημογραφία

Δ1.1. Πληθυσμός της Ελλάδας

Στοιχεία σχετικά με τον πληθυσμό της Ελλάδας παρέχονται από την Ελληνική Στατιστική Αρχή. Η τελευταία απογραφή της χώρας έγινε το 2011. Ο αναθεωρημένος υπολογιζόμενος πληθυσμός την 1/1/2015 ήταν 10.858.018, εκατ. των οποίων 5.268.390 άνδρες και 5.589.628 γυναίκες¹.

Στο παρακάτω γράφημα φαίνεται ο συνολικός υπολογιζόμενος πληθυσμός της Ελλάδας από το 2002 έως και το 2015 (Σχήμα 1)¹.

Σχήμα 1: Αναθεωρημένος υπολογιζόμενος πληθυσμός για το σύνολο της Ελλάδας (2002-2015)



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Οι γεννήσεις στην Ελλάδα το 2014, ανήλθαν σε 92.148, παρουσιάζοντας μείωση κατά 2,1% σε σχέση με το 2013, σε αντίθεση με τους θανάτους οι οποίοι παρουσίασαν αύξηση κατά 1,17% και ανήλθαν σε 113.740 από 111.794 το 2013. Η φυσική μεταβολή του πληθυσμού (δηλαδή η μεταβολή που οφείλεται μόνον στη διαφορά των γεννήσεων – θανάτων χωρίς συνυπολογισμό της μετανάστευσης) παρουσίασε αρνητική εξέλιξη, με φυσική μείωση του πληθυσμού κατά 21.592 άτομα².

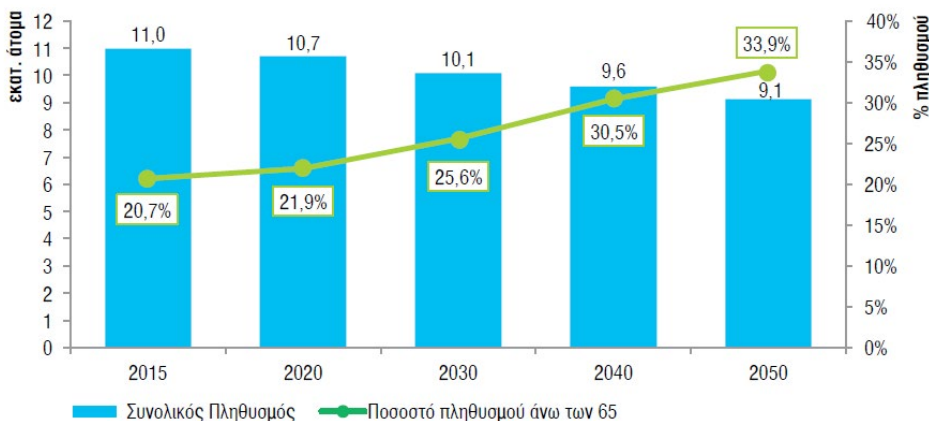
Πίνακας 1: Γεννήσεις ζώντων - Θάνατοι 1931 – 2014

Έτος	Γεννήσεις	Θάνατοι	Φυσική μεταβολή
1931	199.243	114.369	84.874
1950	151.134	53.755	97.379
1960	157.239	60.563	96.676
1970	144.928	74.009	70.919
1980	148.134	87.282	60.852
1990	102.229	94.152	8.077
2000	103.274	105.170	-1.896
2010	114.766	109.084	5.682
2011	106.428	111.099	-4.671
2012	100.371	116.668	-16.297
2013	94.134	111.794	-17.660
2014	92.148	113.740	-21.592

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

Έτσι, το αρνητικό πρόσημο της φυσικής μεταβολής των τελευταίων ετών, εκτιμάται ότι θα συνεχιστεί και θα οδηγήσει σε σταδιακή μείωση τον συνολικό πληθυσμό της Ελλάδας μέχρι το 2050, όπως αποτυπώνεται στην τελευταία αναθεώρηση της Eurostat (Σχήμα 2)².

Σχήμα 2: Προβολή πληθυσμού Ελλάδας, 2015-2050*



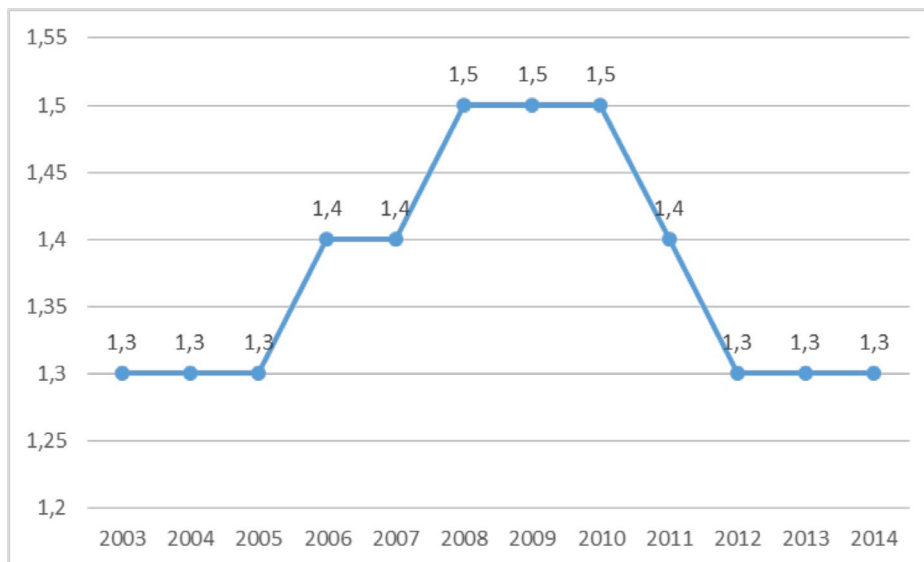
Πηγή: Eurostat, Population Projections, 2014, επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ
3* Δεν συνυπολογίζεται η πιθανή μονιμοποίηση του μεταναστευτικού ρεύματος από 2015 και έπειτα

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Πρέπει να τονιστεί, πως η αύξηση του πληθυσμού την περίοδο 2004-2010 αποδίδεται κυρίως στη μετανάστευση, καθώς η αναπαραγωγικότητα του ελληνικού πληθυσμού κυμαίνεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Το 2004, ο δείκτης ολικής γονιμότητας (αριθμός παιδιών ανά ζεύγος) ήταν μόλις 1,30, ενώ στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.), ο αντίστοιχος δείκτης ήταν 1,49. Αν και ο δείκτης παρουσίασε μία αύξηση κατά τα έτη 2008 – 2010 εν συνεχεία παρουσίασε πτωτική τάση και σταθεροποιήθηκε χαμηλά στο 1,3 κατά τα έτη 2012, 2013 και 2014 (Σχήμα 3)¹.

Σχήμα 3: Δείκτης ολικής γονιμότητας (*) στην Ελλάδα (2003 – 2014)



(*) ο μέσος αριθμός ζωντανών παιδιών που θα γεννήσει μία γυναίκα κατά τη διάρκεια της ζωής της (εάν κατά τη διάρκεια των ηλικιών αναπαραγωγής επικρατούν οι συνθήκες γονιμότητας κατά ηλικία του έτους αναφοράς). Ο ολικός δείκτης γονιμότητας χρησιμοποιείται προκειμένου να προσδιοριστεί το επίπεδο αντικατάστασης των γενεών, που στις ανεπτυγμένες χώρες θεωρείται ότι είναι το 2.1.

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

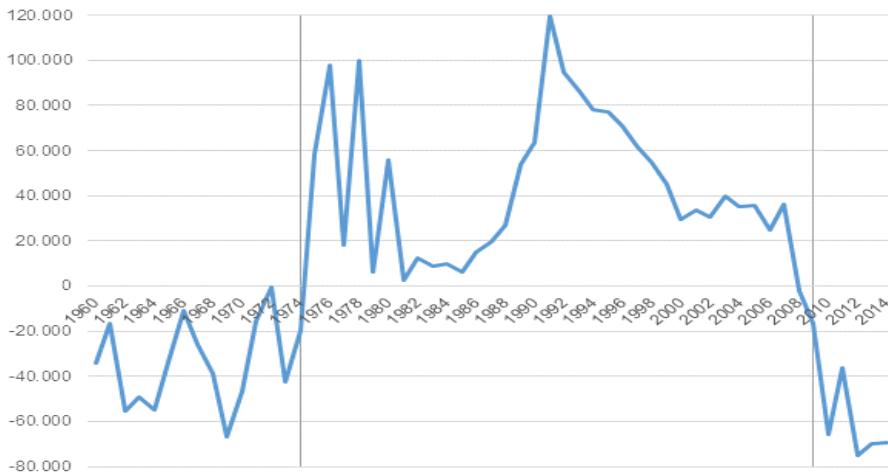
Η μείωση του πληθυσμού μετά το 2010, η οποία συνεχίζεται μέχρι σήμερα, οφείλεται στη μείωση της γονιμότητας και στη μετανάστευση (περίπου 80.000 Έλληνες μεταναστεύουν κάθε χρόνο). Και οι δύο αυτές αιτίες σχετίζονται άμεσα με την οικονομική κρίση.

Στα Σχήματα 4 και 6 απεικονίζεται η καθαρή μετανάστευση στην Ελλάδα και η επίδρασή της στη φυσική μεταβολή του πληθυσμού³.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 4: Καθαρή μετανάστευση στην Ελλάδα



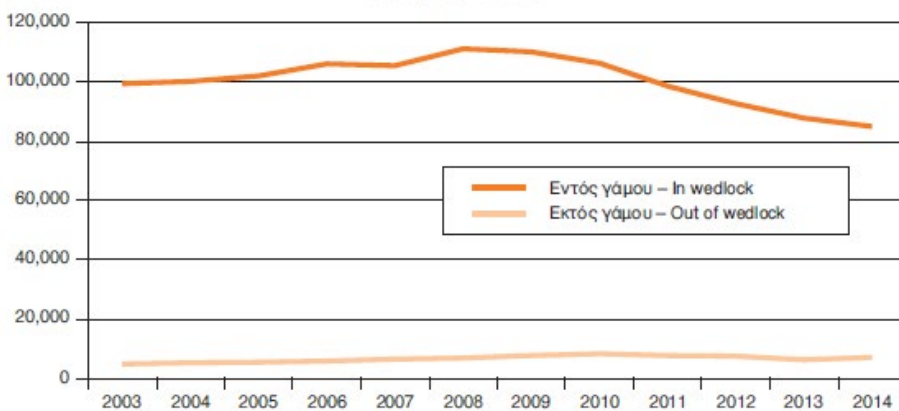
Πηγή: WIPO και World Bank, 2015

Πίνακας 2: Γεννήσεις στην Ελλάδα (2003 – 2014)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Σύνολο	104.420	105.655	107.545	112.042	111.926	118.302	117.933	114.766	106.428	100.371	94.134	92.148
Εντός γάμου	99.401	100.273	102.060	106.128	105.419	111.282	110.184	106.415	98.579	92.731	87.797	84.983
Εκτός γάμου	5.019	5.382	5.485	5.914	6.507	7.020	7.749	8.351	7.849	7.640	6.337	7.165

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

Σχήμα 5: Γεννήσεις στην Ελλάδα (2003 – 2014)

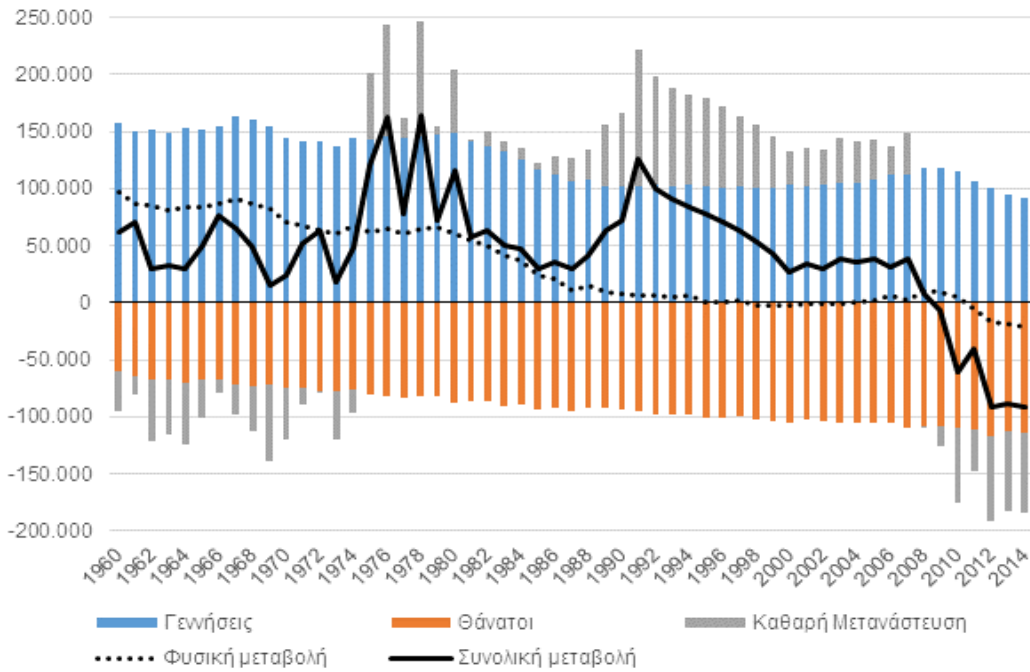


Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 6: Φυσική μεταβολή (γεννήσεις - θάνατοι) και καθαρή μετανάστευση στην Ελλάδα



Πηγή: WIPO και World Bank, 2015

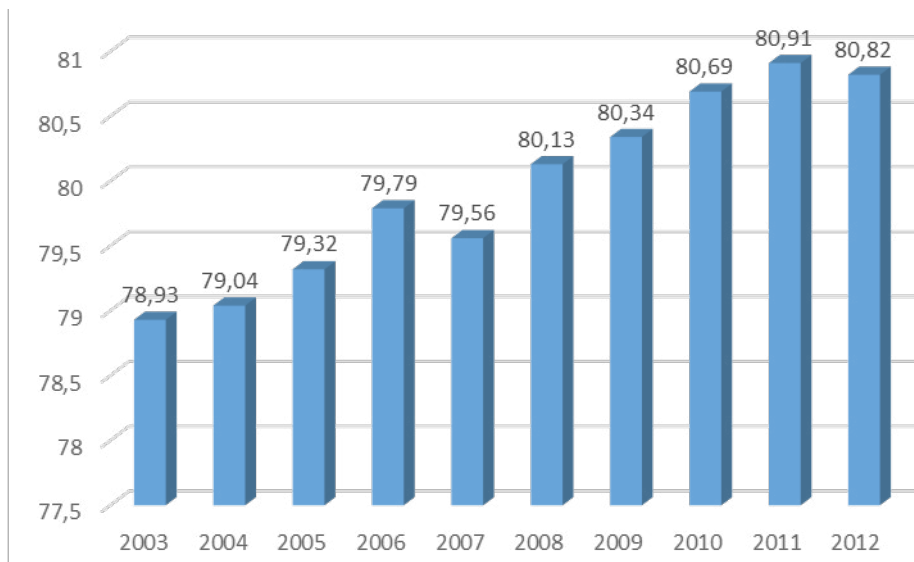
Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Δ1.2. Προσδόκιμο Ζωής

Το προσδόκιμο ζωής το 2011 στην Ελλάδα ήταν 83,1 χρόνια για τις γυναίκες και 78,3 χρόνια για τους άνδρες (Σχήμα 8). Σε γενικές γραμμές παρουσιάζει μία σημαντική αυξητική τάση την τελευταία δεκαετία. Έτσι, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση το 2011, διαμορφώθηκε στα 80,91 έτη (Σχήμα 7), ενώ στην Ευρώπη ο μέσος όρος ζωής ήταν 80,33 έτη. Το 2012 σημείωσε, ωστόσο, μικρή μείωση καθώς ανήλθε στα 80,82 έτη⁴.

Σχήμα 7: Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ελλάδα (2003-2012)



Πηγή: WHO European health for all database (HFA-DB)

Τα δεδομένα για το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα για το 2012, δεν διαφέρουν και πολύ από το προηγούμενο έτος, αφού ήταν 83 χρόνια για τις γυναίκες και 77,9 χρόνια για τους άντρες, παρουσιάζοντας πολύ μικρή μείωση από το 2011. Το 2013, ωστόσο, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση σημείωσε μικρή αύξηση και για τα δύο φύλα, πλησιάζοντας τα επίπεδα του 2011 (78,3 έτη για τους άνδρες και 83,4 έτη για τις γυναίκες), ενώ το 2014 παρέμεινε στάσιμο περίπου στα ίδια επίπεδα (78,45 έτη για τους άνδρες και 83,51 έτη για τις γυναίκες) (Πίνακας 3, Σχήμα 8)¹.

Η μικρή μείωση του προσδόκιμου ζωής το 2012 θα μπορούσε να αποδοθεί στην οικονομική κρίση, αν και ανάλογες μικρές μειώσεις παρατηρούνται και προ κρίσης (π.χ. 2006-2007). Συνολικά πάντως, το προσδόκιμο ζωής δεν έχει επηρεαστεί από την οικονομική κρίση της περιόδου 2009-2012.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

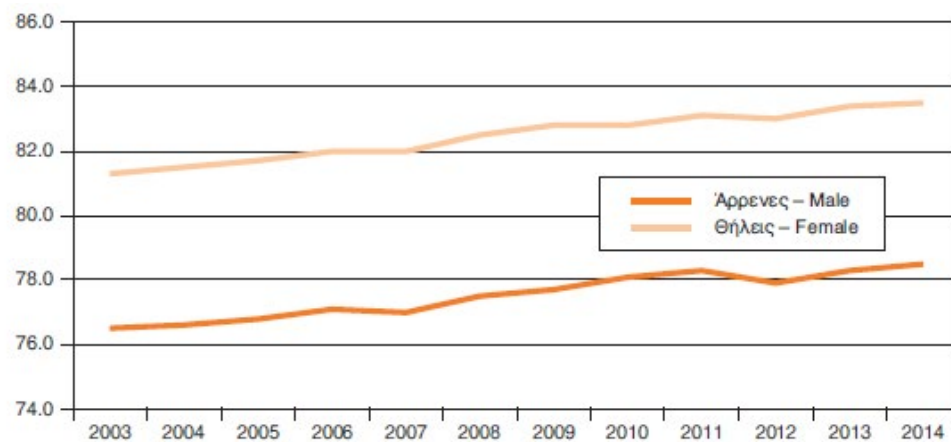
ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Πίνακας 3: Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση ανά φύλο (2003 – 2014)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Άνδρες	76.5	76.6	76.8	77.1	77.0	77.5	77.7	78.1	78.3	77.9	78.3	78.5
Γυναίκες	81.3	81.5	81.7	82.0	82.0	82.5	82.8	82.8	83.1	83.0	83.4	83.5

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

Σχήμα 8: Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση ανά φύλο (2003-2014)



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

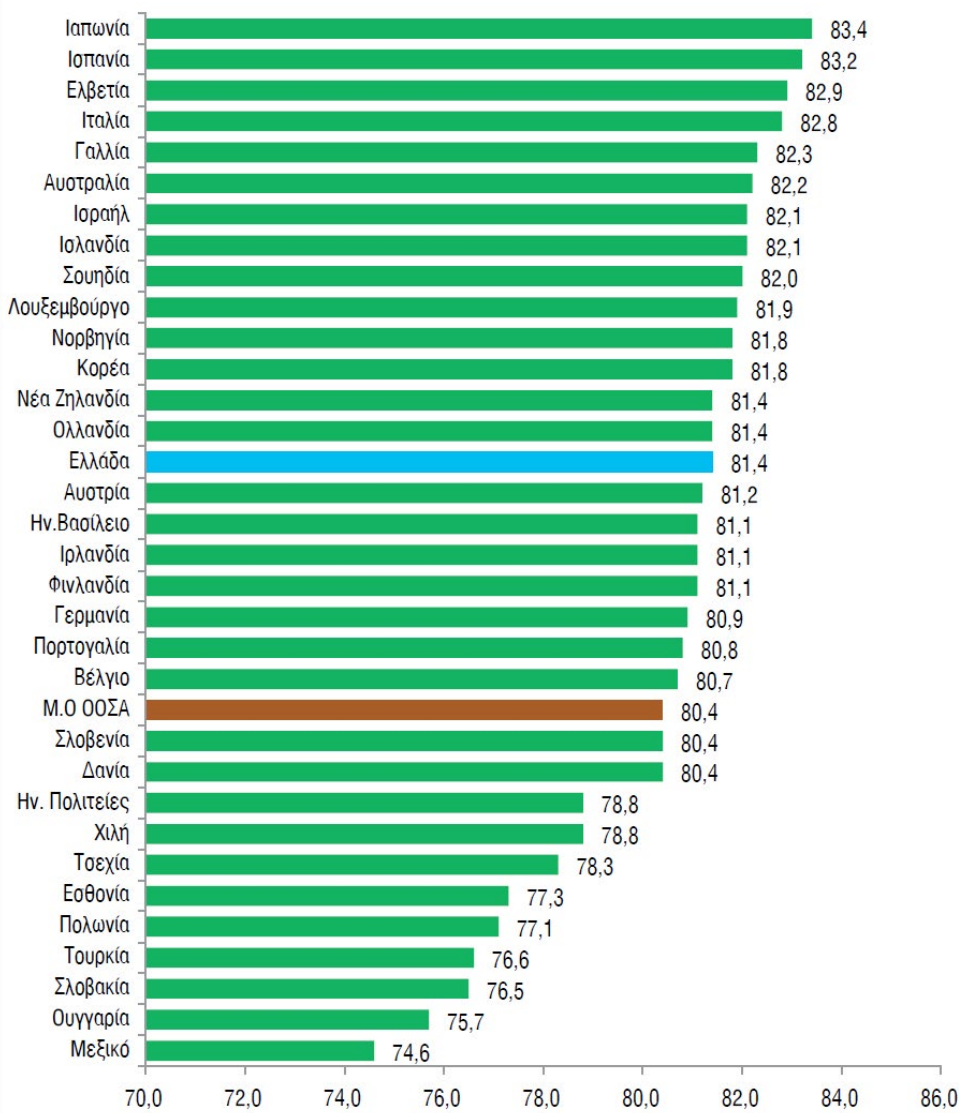
Με βάση τα πιο πρόσφατα αποτελέσματα, που αφορούν στο έτος 2012, το Προσδόκιμο Ζωής (ΠΖ) στην ηλικία των 65 ετών ανέρχεται στα 21 έτη για τις γυναίκες και στα 18,1 έτη για τους άνδρες, σημειώνοντας αύξηση σε σύγκριση με το 2004 κατά 1,2 έτη και για τα δύο φύλα⁵.

Συγκριτικά με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, η Ελλάδα το 2013 παρουσίασε υψηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης, 81,4 έτη έναντι 80,4 έτη του ΟΟΣΑ. Το υψηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης παρουσιάζεται σε χώρες όπως η Ιαπωνία, η Ισπανία, η Ελβετία και η Γαλλία (Σχήμα 9)².

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 9: Προσδόκιμο επιβίωσης στην Ελλάδα και στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2013



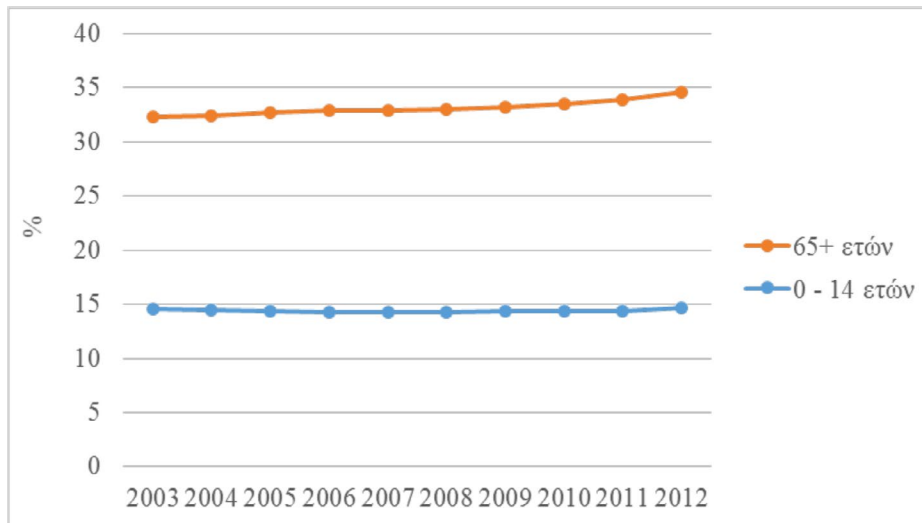
Πηγή: OECD, Health Data 2015

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Η μείωση της γεννητικότητας, σε συνδυασμό με την επιμήκυνση της διάρκειας ζωής, έχουν ως αποτέλεσμα τη δημογραφική γήρανση του ελληνικού πληθυσμού. Το ποσοστό των ατόμων ηλικίας ως 14 ετών, κυμαίνεται σε σταθερά επίπεδα, ενώ, το ποσοστό του πληθυσμού με ηλικία άνω των 65, παρουσιάζει βαθμιαία αύξηση (Σχήμα 10)⁴.

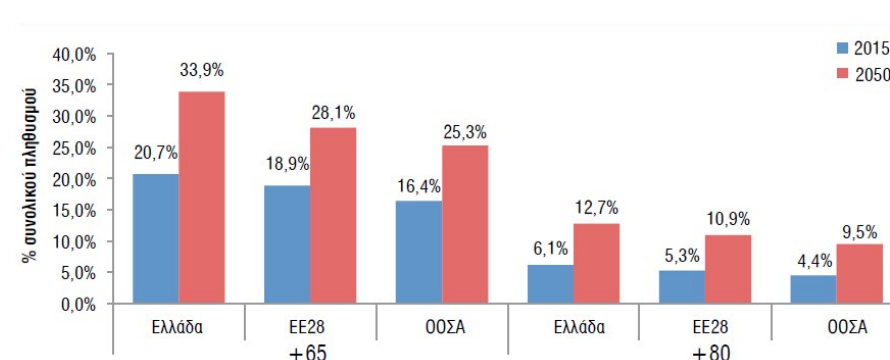
Σχήμα 10: Εξέλιξη του πληθυσμού της Ελλάδας, κατά ηλικιακή ομάδα (2003-2012)



Πηγή: WHO, 2014

Το ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας άνω των 65 ετών, από το 20,7% το 2015 θα ανέλθει το 2050 στο 1/3 του συνόλου, ενώ και στην ηλικιακή κατηγορία άνω των 80 εκτιμάται ότι θα σημειωθεί διπλασιασμός του μεριδίου, στο 12,7%. Ο μέσος όρος της Ε.Ε.28 αλλά και των χωρών του ΟΟΣΑ, για την κατηγορία άνω των 65 ετών, αναμένεται να διαμορφωθεί σε χαμηλότερα επίπεδα συγκριτικά με την Ελλάδα το 2050².

Σχήμα 11: Εκτίμηση εξέλιξης ποσοστού πληθυσμού άνω των 65 και άνω των 80 ετών μεταξύ 2015 και 2050, σε Ελλάδα, Ε.Ε.28 και χώρες του ΟΟΣΑ



Πηγή: Eurostat, Population Projections, 2014, OECD, Historical Population Data and Projections Database, 2015, επεξεργασία στοιχείων IOBE

Δ1.3. Προσδόκιμο Υγιούς Ζωής

Η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Κοινή Δράση συνεργάστηκαν για την κατάρτιση ενός Ευρωπαϊκού Συστήματος Πληροφόρησης για το Προσδόκιμο Υγείας και Ζωής (European Health Life Expectancy Information System – EHLEIS), η οποία συντονίζεται από το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Ιατρικής Έρευνας (National Institute of Health and Medical Research -INSERM, Γαλλία), την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και τα κράτη μέλη.

Για την περίπτωση της Ελλάδας κατά το έτος 2011:

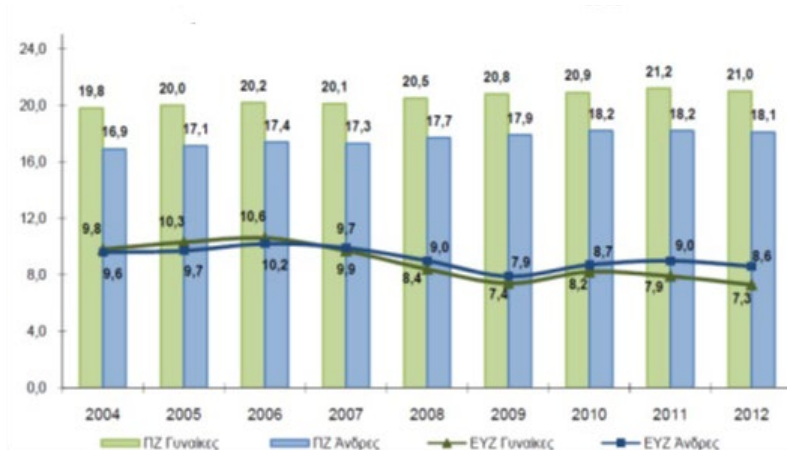
- Το Προσδόκιμο Ζωής με καλή υγεία (έτη τα οποία οι άνθρωποι θεωρούν ότι θα ζήσουν με καλή ή πολύ καλή υγεία) το 2011 ήταν 8,0 έτη για τους άνδρες και 6,7 έτη για τις γυναίκες, παρουσιάζοντας από το έτος 2005 αύξηση κατά 1,2 έτη για τους άνδρες και κατά 0,5 έτη για τις γυναίκες.
- Το Προσδόκιμο Ζωής χωρίς χρόνια νοσηρότητα στην ηλικία των 65 ετών, το 2011 ήταν 8,0 έτη για τους άνδρες και 7,7 έτη για τις γυναίκες, παρουσιάζοντας μείωση από το έτος 2005 κατά -0,6 έτη και -1,1 έτη, για άνδρες και γυναίκες, αντίστοιχα.
- Το Προσδόκιμο Ζωής χωρίς περιορισμό της δραστηριότητας – Έτη Υγιούς Ζωής στην ηλικία των 65 ετών, το 2011 ήταν 9,1 έτη για τους άνδρες και 7,8 έτη για τις γυναίκες, παρουσιάζοντας μείωση από το έτος 2005 κατά -0,6 για τους άνδρες και κατά -2,2 για τις γυναίκες. Γενικά, στην Ελλάδα, τα προσδοκώμενα έτη ζωής μετά τα 65 έτη αυξήθηκαν όσο περίπου και ο μέσος όρος στην Ε.Ε, ωστόσο, παρατηρείται μείωση του προσδόκιμου ζωής χωρίς χρόνια νοσηρότητα και των ετών υγιούς ζωής, με τα στοιχεία να καταγράφονται θετικότερα για τους άνδρες. Οι μειώσεις σε αυτούς τους δύο δείκτες πιθανότατα σχετίζονται με την οικονομική κρίση.

Κατά την χρονική περίοδο 2004 – 2012, τα Έτη Υγιούς Ζωής (ΕΥΖ) στην ηλικία των 65 ετών, δηλαδή τα υπολειπόμενα έτη ζωής χωρίς περιορισμό δραστηριοτήτων, που αναμένεται να περάσει ένα άτομο ηλικίας 65 ετών, μειώθηκαν κατά 1 έτος για τους άνδρες, ενώ για τις γυναίκες η μείωση ανέρχεται σε 2,5 έτη (Σχήμα 12)⁵.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 12: Προσδόκιμο Ζωής & Υγείας στην Ελλάδα, 2004-2012



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας SILC για το 2012, στην ηλικία των 65 ετών, οι γυναίκες περνούν 7,3 έτη (35% της υπολειπόμενης ζωής τους) χωρίς περιορισμό δραστηριοτήτων, με βάση τα Προσδοκώμενα Έτη Υγιούς Ζωής (EYZ), 7,1 έτη (34%) με μέτριο περιορισμό των δραστηριοτήτων τους και 6,6 έτη (31%) με σοβαρό περιορισμό των δραστηριοτήτων τους⁴. Οι άνδρες της ίδιας ηλικίας περνούν 8,6 έτη (47% της υπολειπόμενης ζωής τους) χωρίς περιορισμό των δραστηριοτήτων τους, ενώ 5,1 έτη (28%) περνούν με μέτριο περιορισμό δραστηριοτήτων και 4,4 έτη (24%) με σοβαρό περιορισμό των δραστηριοτήτων τους (Σχήμα 13)⁵.

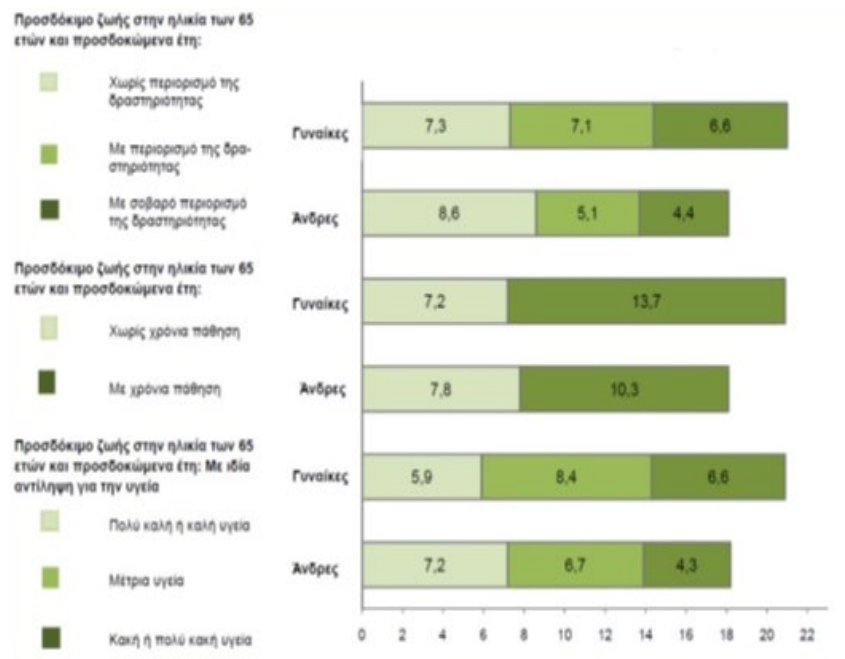
Το προσδόκιμο ζωής με καλή υγεία, ο αριθμός δηλαδή των υπολειπόμενων ετών που αναμένεται να ζήσει ένα άτομο ηλικίας 65 ετών με καλή ή πολύ καλή υγεία, ανέρχεται σε 5,9 έτη για τις γυναίκες και σε 7,2 έτη για τους άνδρες⁴. Το προσδόκιμο ζωής χωρίς χρόνια πάθηση για τα άτομα ηλικίας 65 ετών για το 2012 ήταν 7,2 έτη για τις γυναίκες και 7,8 έτη για τους άνδρες. (γ) Διαπιστώνεται, λοιπόν, πως, ενώ συνολικά τα έτη ζωής των ανδρών είναι λιγότερα με αυτά των γυναικών, φαίνεται, ωστόσο, να περνούν περισσότερα χρόνια της ζωής τους με καλή κατάσταση υγείας σε σχέση με τις γυναίκες (Σχήμα 13)⁵.

Ο μέσος όρος για τα Έτη Υγιούς Ζωής στην Ελλάδα, το 2012, είναι αντίστοιχος με τον μέσο όρο της Ε.Ε. 25 για τους άνδρες (8,6 έτη), ενώ για τις γυναίκες είναι χαμηλότερος κατά 1,2 έτη σε σχέση με το μέσο όρο της Ε.Ε.25 (8,7 έτη για την Ε.Ε. και 7,3 έτη για την Ελλάδα) (Σχήμα 13)⁵.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 13: Προσδοκώμενα Έτη Υγιούς Ζωής, 2012



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

Δ1.4. Συμπεράσματα

- Παρατηρείται μείωση του ελληνικού πληθυσμού μετά το 2010, λόγω μείωσης της γονιμότητας και αύξησης της μετανάστευσης. Οι γεννήσεις στην Ελλάδα το 2014 παρουσίασαν μείωση κατά 2,1%, σε σχέση με το 2013. Η φυσική μεταβολή του πληθυσμού παρουσίασε αρνητική εξέλιξη, με φυσική μείωση του πληθυσμού κατά 21.592 άτομα.
- Το προσδόκιμο ζωής το 2012 παρουσίασε μικρή μείωση σε σύγκριση με το 2011. Το 2013, ωστόσο, το Προσδόκιμο Ζωής κατά τη γέννηση σημείωσε μικρή αύξηση και για τα δύο φύλα, πλησιάζοντας τα επίπεδα του 2011, ενώ το 2014 παρέμεινε στάσιμο περίπου στα ίδια επίπεδα.
- Συγκριτικά με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, η Ελλάδα το 2013 παρουσίασε υψηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης, 81,4 έτη έναντι 80,4 έτη του ΟΟΣΑ.
- Το Προσδόκιμο Ζωής στην ηλικία των 65 ετών σημείωσε αύξηση το 2012 σε σύγκριση με το 2004 κατά 1,2 έτη και για τα δύο φύλα.
- Κατά τη χρονική περίοδο 2004 – 2012, τα Έτη Υγιούς Ζωής (EYZ) στην ηλικία των 65 ετών μειώθηκαν κατά 1 έτος για τους άνδρες και 2,5 έτη για τις γυναίκες.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

- Ο μέσος όρος για τα Έτη Υγιούς Ζωής στην Ελλάδα το 2012 είναι αντίστοιχος με τον μέσο όρο της Ε.Ε.25 για τους άνδρες, ενώ για τις γυναίκες είναι χαμηλότερος κατά 1,2 έτη σε σχέση με το μέσο όρο της Ε.Ε.25.

* * *

Βιβλιογραφία

1. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Συνθήκες Διαβίωσης στην Ελλάδα. Αθήνα: Ελληνική Δημοκρατία, Ελληνική Στατιστική Αρχή; 2015.
2. Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα 2014. Γεγονότα και Στοιχεία. Παρατηρητήριο Οικονομικών Υγείας. Νοέμβριος 2015.
3. WIPO και World Bank, 2015
4. World Health Organization. European Health for all database (HFA-DB). [Accessed 2016 January 28]. Available from: <http://data.euro.who.int/hfad/>
5. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Δελτίο Τύπου: Προσδόκιμο Ζωής και Υγείας 2012. Πειραιάς: Ελληνική Δημοκρατία, Ελληνική Στατιστική Αρχή; 2015.

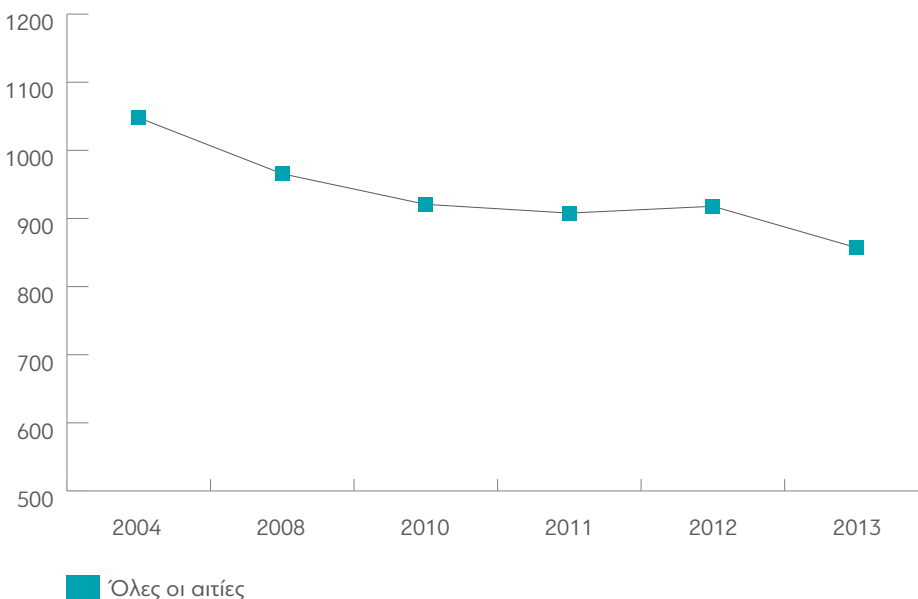
Δ2. Θνησιμότητα

Δ2.1. Γενική Προτυποποιημένη Θνησιμότητα

Στοιχεία για τη θνησιμότητα του ελληνικού πληθυσμού παρέχονται από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος. Οι δείκτες θνησιμότητας είναι προτυποποιημένοι κατά ηλικία, ως προς τον ευρωπαϊκό πληθυσμό. Έτσι, είναι δυνατό να πραγματοποιηθούν συγκρίσεις μεταξύ πληθυσμών που έχουν διαφορετική ηλικιακή σύνθεση. Όλοι οι δείκτες εκφράζονται ως αριθμός θανάτων σε πληθυσμό 100.000 ατόμων. Οι ειδικοί δείκτες αναφέρονται σε 100.000 άτομα του ίδιου φύλου και ηλικίας.

Η γενική προτυποποιημένη θνησιμότητα, από όλες τις αιτίες, στην Ελλάδα το 2013 ήταν 857,2 ανά 100.000 πληθυσμού, όταν το 2004 ήταν 1.047,8 ανά 100.000 πληθυσμού (Σχήμα 1). Είναι γεγονός, πως υπάρχει μια σταθερή πτωτική πορεία τα τελευταία χρόνια, ωστόσο, η πτώση αυτή συμβαίνει με βραδείς ρυθμούς¹.

Σχήμα 1: Εξέλιξη της προτυποποιημένης θνησιμότητας από όλες τις αιτίες στη Ελλάδα (2004-2013)

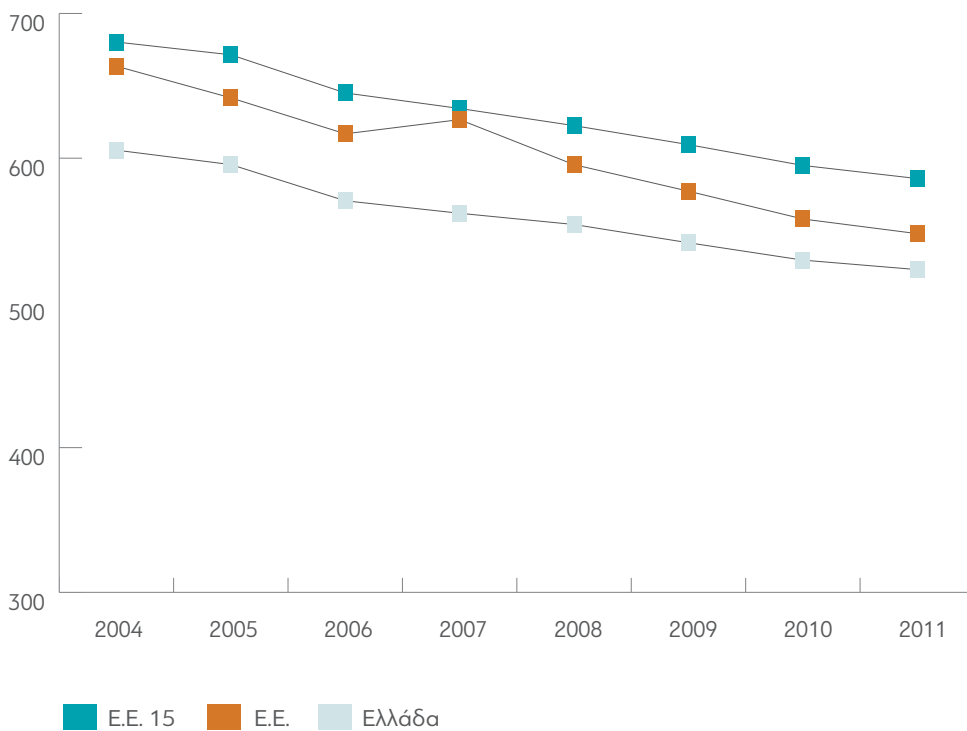


Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Η εξέλιξη της προτυποποιημένης θνησιμότητας από όλες τις αιτίες στην Ελλάδα, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, φαίνεται στο γράφημα που ακολουθεί (Σχήμα 2)². Πρέπει να τονιστεί πως υπάρχει διαφορά στους αριθμούς μεταξύ της ΕΛΣΤΑΤ και του ΠΟΥ διότι έχουν χρησιμοποιηθεί δύο διαφορετικές μεθοδολογίες σχετικά με την προτυποποιημένη θνησιμότητα. Συγκεκριμένα, τα δεδομένα από την ΕΛΣΤΑΤ έχουν ως προτυποποιημένο πληθυσμό τον πληθυσμό της Ελλάδας του 2008, ενώ ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας χρησιμοποιεί στην προτυποποίηση τον συνολικό πληθυσμό της Ευρώπης.

Σχήμα 2: Εξέλιξη της προτυποποιημένης θνησιμότητας από όλες τις αιτίες στην Ελλάδα και την Ε.Ε. (2004-2011)



Πηγή: WHO, 2014

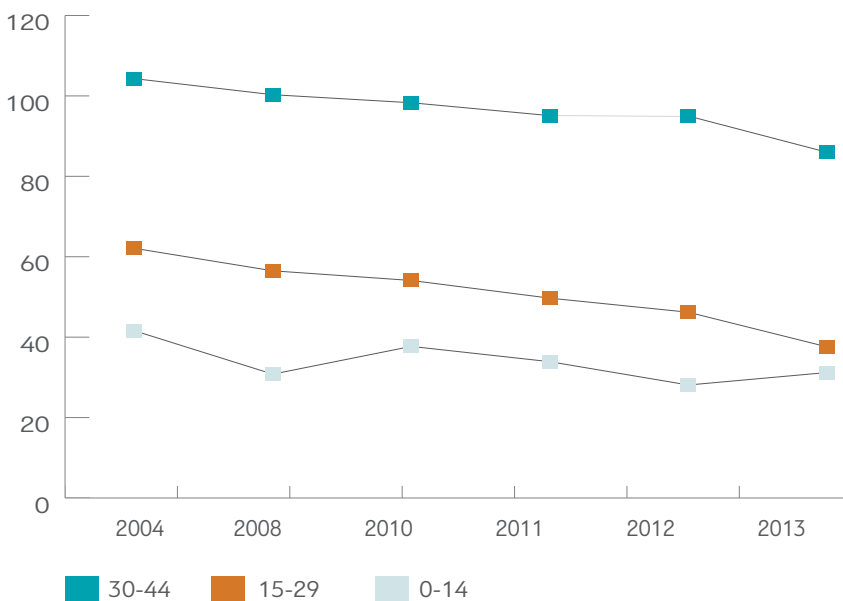
Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Δ2.1.1. Ειδική Θνησιμότητα, κατά ηλικία

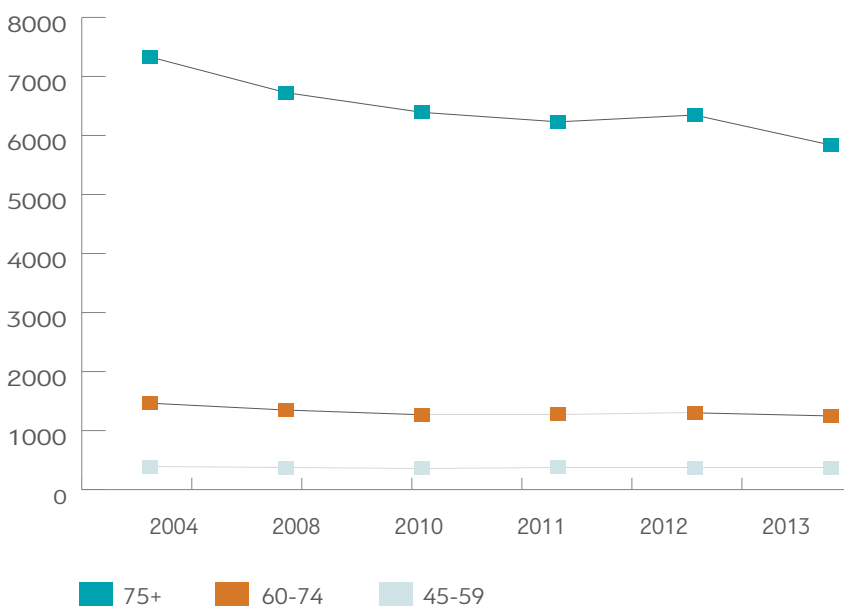
Η προτυποποιημένη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες στις ανάλογες ηλικιακές ομάδες, φαίνεται στα παρακάτω γραφήματα. Στο Σχήμα 3 απεικονίζεται έως τα 44 έτη, ενώ στο Σχήμα 4 από τα 45 έτη και έπειτα¹. Όπως είναι αναμενόμενο, όσο αυξάνεται η ηλικία, αυξάνονται και οι τιμές της προτυποποιημένης θνησιμότητας.

Σχήμα 3: Εξέλιξη προτυποποιημένης θνησιμότητας στις ηλικιακές ομάδες 0-14 ετών, 15-29 ετών και 30-44 ετών στην Ελλάδα (2004-2013)



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2013

Σχήμα 4: Εξέλιξη προτυποποιημένης θνησιμότητας στις ηλικιακές ομάδες 45-59, 60-74 και 75+ ετών στην Ελλάδα (2004-2013)



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2013

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

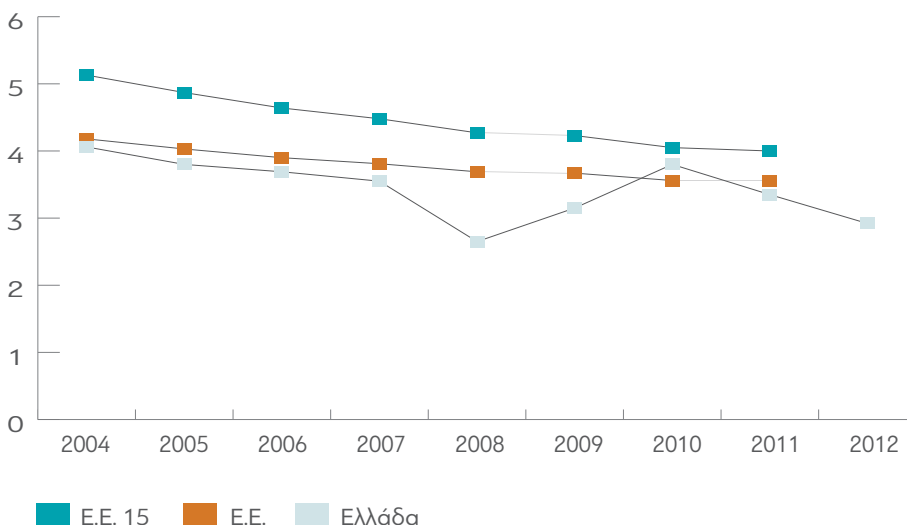
ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Η μεγαλύτερη μείωση θνησιμότητας που παρουσιάζουν οι ηλικίες 15-29 και 30-44 οφείλεται πρωτίστως στη μείωση των θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων, ιδιαίτερα κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Η δε μεγαλύτερη μείωση στην ηλικία άνω των 75 ετών, πιθανόν να οφείλεται στη βελτίωση της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, παρά τα προβλήματα που δημιουργεί η οικονομική κρίση στη λειτουργία του συστήματος υγείας.

Δ2.1.2. Βρεφική Θνησιμότητα

Σημαντική μείωση έχει σημειώσει η βρεφική θνησιμότητα (θάνατοι βρεφών έως ενός έτους ανά 1.000 γεννήσεις ζώντων), με τον αντίστοιχο δείκτη να κυμαίνεται σε επίπεδα χαμηλότερα από τους μέσους όρους, τόσο της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 27 κρατών, όσο και των 15 κρατών που αποτελούσαν την Ε.Ε. πριν τη διεύρυνση του 2004 και του 2007 (Ε.Ε.15) (Σχήμα 5)².

Σχήμα 5: Βρεφική θνησιμότητα στην Ελλάδα και την Ε.Ε. (2004-2012)



Πηγή: WHO, 2014

Εξετάζοντας το δείκτη βρεφικής θνησιμότητας μόνο για τη χώρα μας, σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, διαπιστώνεται πως το 2013 σημειώνεται αύξηση σε σύγκριση με το 2012, ενώ το 2014 ο δείκτης παραμένει στα ίδια επίπεδα με το 2013 (Πίνακας 1)^{3,4}.

Πίνακας 1: Βρεφική θνησιμότητα στην Ελλάδα (2003 – 2014)

ΔΕΙΚΤΗΣ ΒΡΕΦΙΚΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ											
2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
4,0	4,1	3,8	3,7	3,6	2,7	3,1	3,8	3,4	2,9	3,7	3,7

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

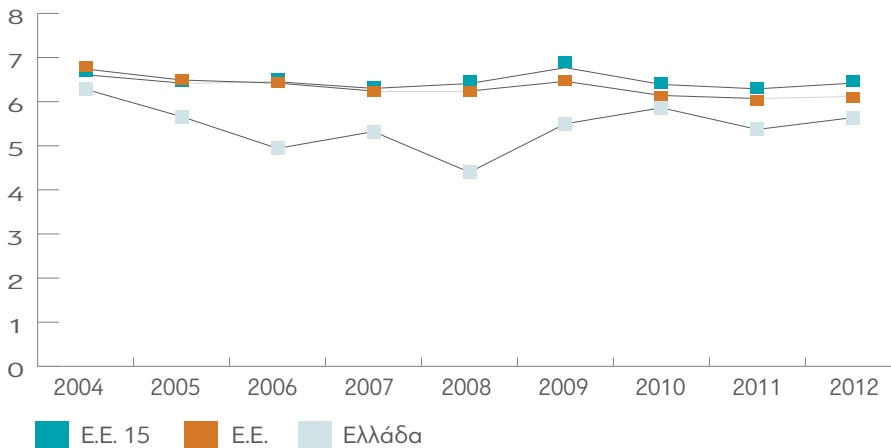
Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Δ2.1.3. Περιγεννητική Θνησιμότητα

Ενώ μέχρι το 2006 η περιγεννητική θνησιμότητα (θάνατοι εμβρύων μετά την 28η εβδομάδα κύησης και νεογνών ηλικίας μέχρι 27 ημερών ανά 1.000 γεννήσεις ζώντων) παρουσίαζε μείωση, τα επόμενα χρόνια φαίνεται να υπάρχουν διακυμάνσεις σε αντίθεση με την Ευρωπαϊκή Ένωση όπου υπάρχει, κατά κύριο λόγο, μείωση. Εντυπωσιακή μείωση παρατηρήθηκε στην Ελλάδα το 2008, όπου η περιγεννητική θνησιμότητα ήταν στο 4,4 ανά 1.000 γεννήσεις (Σχήμα 6). Παρόλα αυτά, το 2012 συνέχιζε να είναι μικρότερη από το 2004 (Σχήμα 6)².

Σχήμα 6: Περιγεννητική θνησιμότητα στην Ελλάδα και στην Ε.Ε. (2004-2012)



Πηγή: WHO, 2014

Εξετάζοντας τον δείκτη περιγεννητικής θνησιμότητας κατά τα έτη 2013 και 2014 στη χώρα μας, παρατηρείται πως το 2014 μειώθηκε στο 5,66 από 5,79 που ήταν το 2013 μεταβολή που αντιστοιχεί στο 2,1%⁵.

Αναφορικά με τις γεννήσεις νεκρών βρεφών, σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, παρατηρείται μία αύξηση κατά τα έτη 2009-2012 σε σύγκριση με την περίοδο 2005 – 2008. Το 2013 και 2014, ωστόσο, παρουσιάζεται μείωση στις γεννήσεις νεκρών με τους αριθμούς αυτών να επανέρχονται περίπου στα πρότερα επίπεδα (Πίνακας 2)⁶.

Πίνακας 2: Γεννήσεις νεκρών (επί 1.000 γεννηθέντων ζώντων), 2003 – 2012

2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
4,83	4,51	3,91	3,36	3,88	3,31	4,28	4,36	4,05	4,44	3,99	3,83

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

Οι διακυμάνσεις που παρουσιάζουν η βρεφική και η περιγεννητική θνησιμότητα μπορεί να σχετίζονται με την οικονομική κρίση, η οποία όμως δεν αναστέλλει τη συνεχιζόμενη μείωσή τους.

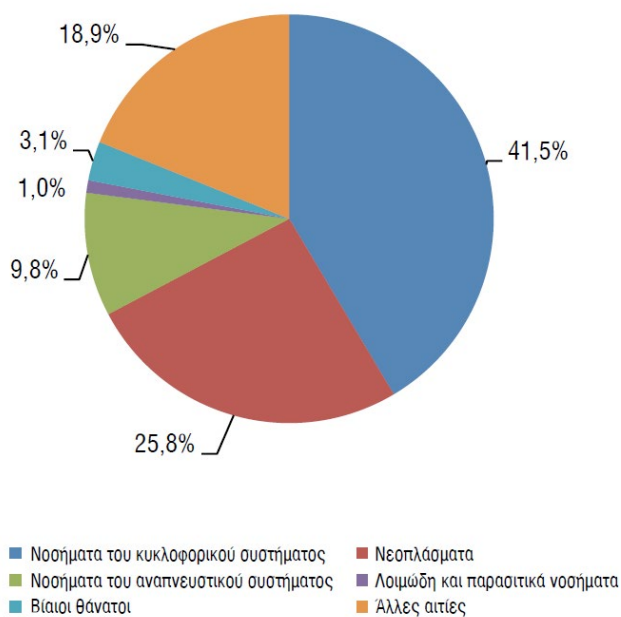
Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Δ2.2. Ειδική Προτυποποιημένη Θνησιμότητα κατά αιτία

Οι κύριες αιτίες θανάτου στον ελληνικό πληθυσμό, με φθίνουσα σειρά, είναι τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, τα κακοήθη νεοπλάσματα, οι παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος και οι εξωτερικές αιτίες που προκαλούν τραύματα και δηλητηριάσεις. Οι κύριες αιτίες θανάτων για το 2013 παρουσιάζονται στο Σχήμα 7. Βασική αιτία θανάτων με 41,5% του συνόλου αποτέλεσαν τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος (με κύριο αίτιο τα καρδιακά νοσήματα - 65%), ακολουθούμενα από τα νεοπλάσματα με 25,8%, τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος με 9,8% κ.ο.κ.⁷. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως το 2004, το ποσοστό των θανάτων που οφειλόταν σε νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος ήταν το 48%, ενώ τα κακοήθη νεοπλάσματα ήταν υπεύθυνα για το 25%.

Σχήμα 7: Αιτίες θανάτων στην Ελλάδα, 2013



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ. επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ, 2015

Οι τρεις πρώτες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα από το 2004 έως και σήμερα παραμένουν τα νοσήματα πνευμονικής κυκλοφορίας, η νόσος εγκεφαλικών αγγείων και η ισχαιμική καρδιοπάθεια αντίστοιχα. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί το γεγονός πως και οι τρεις αιτίες παρουσιάζουν σημαντική πτωτική πορεία σε σχέση με το 2004 αν και ακόμη παραμένουν σε υψηλά επίπεδα.

Ο Δείκτης Προτυποποιημένης Θνησιμότητας από τα νοσήματα της πνευμονικής κυκλοφορίας και άλλων μορφών καρδιοπάθειας

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

φαίνεται πως έχει πτωτική τάση αφού το 2004 ήταν 176,4 ανά 100.000 κατοίκους, ενώ το 2013 μειώθηκε στο 119,4 ανά 100.000 κατοίκους. Παρόλα αυτά, τα νοσήματα της πνευμονικής κυκλοφορίας συνεχίζουν να είναι πρώτη αιτία θνησιμότητας στην Ελλάδα.

Επίσης, η νόσος των εγκεφαλικών αγγείων παρουσιάζει μείωση. Αυτό επιβεβαιώνεται από το γράφημα, αφού το 2004, η προτυποποιημένη θνησιμότητα ήταν 179,7 θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους στην Ελλάδα και το 2013 ήταν 110,4 από αυτή την αιτία. Μπορεί ο Δείκτης Προτυποποιημένης Θνησιμότητας να είναι αισθητά χαμηλότερος το 2013 σε σχέση με το 2004, αλλά συνεχίζει να είναι αρκετά υψηλός.

Από το 2004 έως το 2013, και η ισχαιμική καρδιοπάθεια παρουσιάζει μείωση. Αυτό φαίνεται από το γεγονός ότι το 2004 ήταν 137,4 ανά 100.000 κατοίκους και το 2013 ήταν 90. Βέβαια, πρέπει να τονιστεί πως υπήρχε μεγάλη διαφορά από το 2004 έως και το 2008. Συγκεκριμένα, ο Δείκτης Προτυποποιημένης Θνησιμότητας για το 2009 ήταν 103,9 ανά 100.000 κατοίκους. Από το 2009 και μετά φαίνεται να υπάρχει σταθερή τάση.

Αν και με χαμηλότερες τιμές από τις προηγούμενες αιτίες, παρόλα αυτά αξίζει να σημειωθεί πως η υπέρτασική νόσος, ως αιτία θνησιμότητας, έχει συνεχή αυξητική τάση την τελευταία δεκαετία. Η χαμηλότερη τιμή προτυποποιημένης θνησιμότητας, 11,8 ανά 100.000 πληθυσμού, καταγράφηκε το 2004 και η υψηλότερη, 17,1 για το 2013.

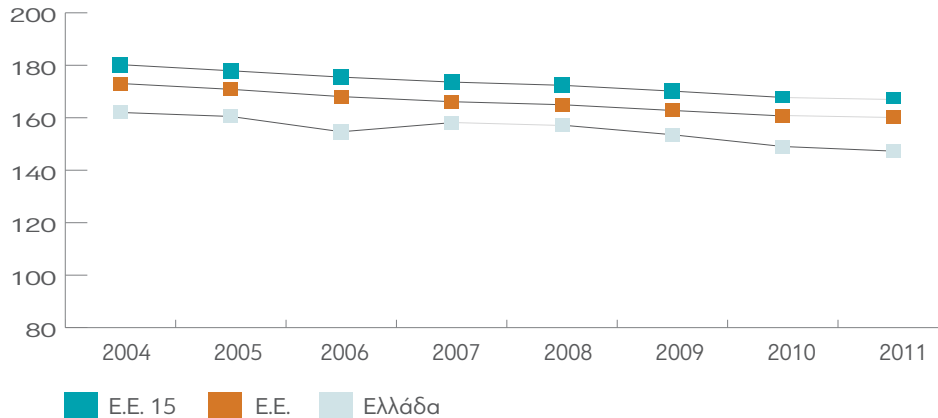
Δ2.2.1. Κακοήθη Νεοπλάσματα

Η προτυποποιημένη θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλάσματα στην Ελλάδα ήταν μικρότερη από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και ανερχόταν το 2011 σε 147,28 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους, έναντι 166,85 στην Ε.Ε. Ωστόσο, ο ρυθμός με τον οποίο μειώνονταν η θνησιμότητα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι μεγαλύτερος απ' ό,τι στην Ελλάδα, όπου η θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλάσματα παραμένει στα ίδια περίπου επίπεδα τα τελευταία χρόνια, με μικρές διακυμάνσεις (Σχήμα 8)². Αξίζει να σημειωθεί πως για το 2012, η προτυποποιημένη θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλάσματα στη χώρα μας, ανήλθε στους 152,68 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους, επίπεδο κοντινό με αυτό του 2009².

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 8: Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας από κακοήθη νεοπλάσματα στην Ελλάδα και την Ε.Ε. (2004-2011)



Πηγή: WHO, 2014

Η οικονομική κρίση, τουλάχιστον για το διάστημα 2009-2011, δεν φαίνεται να επιδρά αρνητικά στη μειούμενη θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλάσματα.

Μελετώντας τη διαχρονική εξέλιξη της θνησιμότητας σε κάθε μία από τις βασικές κατηγορίες νεοπλασμάτων, διαπιστώνεται σημαντική αύξηση στην κατηγορία του αναπνευστικού συστήματος-ενδοθωρακικών οργάνων για την περίοδο 2010-2013, η οποία θα πρέπει να αποδοθεί πρωτίστως στο υψηλό επιπολασμό του καπνίσματος στην Ελλάδα.

Δ2.2.2. Ατυχήματα

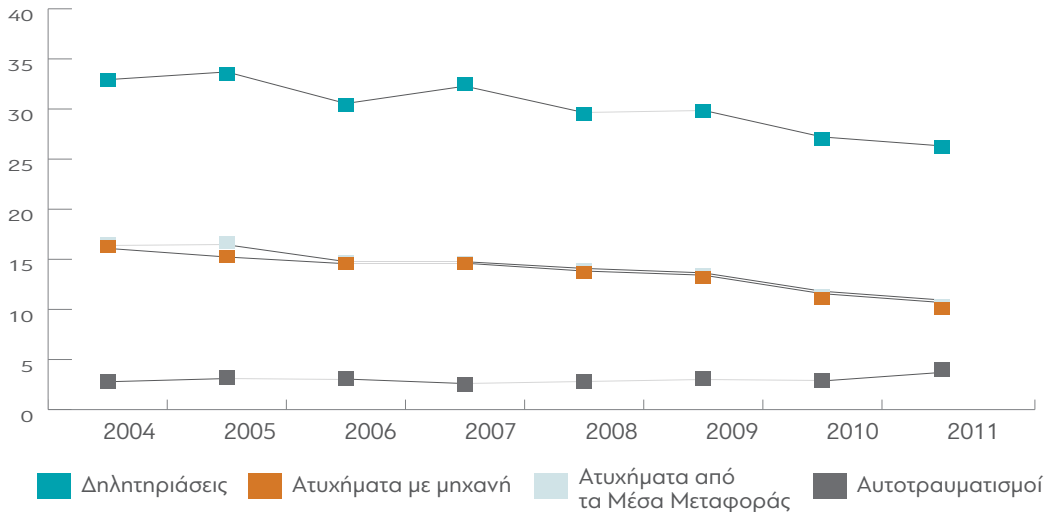
Μία από τις σπουδαιότερες κατηγορίες αιτίων θνησιμότητας είναι τα τραύματα και οι δηλητηριάσεις που προκαλούνται από εξωτερικές αιτίες. Με εξαίρεση τις αυτοκτονίες και τις ανθρωποκτονίες, που αποτελούν, εξάλλου, ένα πολύ μικρό κομμάτι της κατηγορίας αυτής, τα τραύματα και οι δηλητηριάσεις είναι αποτελέσματα ατυχημάτων. Η προτυποποιημένη θνησιμότητα από ατυχήματα ακολουθεί μια ελαφρά πτωτική πορεία κατά την τελευταία δεκαετία στην Ελλάδα. Η τάση προς ελάττωση των θανάτων παρατηρείται και στην Ευρωπαϊκή Ένωση, σε λίγο μεγαλύτερο βαθμό. Το 2011, η προτυποποιημένη θνησιμότητα από ατυχήματα ήταν 26,3 ανά 100.000 άτομα στον ελληνικό πληθυσμό και 35,4 στην Ε.Ε.

Μεταξύ των ατυχημάτων, κυρίαρχη θέση καταλαμβάνουν οι δηλητηριάσεις και τα τροχαία ατυχήματα (Σχήμα 9)².

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 9: Εξέλιξη της προτυποποιημένης θνησιμότητας από ατυχήματα κάθε είδους, στην Ελλάδα (2004-2011)



Πηγή: WHO, 2014

Η σημαντική μείωση των τροχαίων ατυχημάτων, την περίοδο 2009-2011, μπορεί να αποδοθεί πρωτίστως στη μείωση της μετακίνησης με ιδιωτικά μέσα λόγω της οικονομικής κρίσης. Σταθερή τάση προτυποποιημένης θνησιμότητας έχει η ανθρωποκτονία και η κάκωση επιβαλλόμενη εκ προθέσεως από άλλα πρόσωπα από το 2004 έως και το 2013. Η τάση αυτή δεν επηρεάστηκε από την οικονομική κρίση.

Δ2.2.3. Αναπνευστικό Σύστημα

Η θνησιμότητα από νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος στην Ελλάδα, κυμαίνεται την τελευταία πενταετία σε διαφορετικά επίπεδα από την Ευρωπαϊκή Ένωση, ενώ έως το 2005 κυμαινότουσαν στα ίδια, κυρίως λόγω του υψηλού επιπολασμού του καπνίσματος στη χώρα μας. Το 2011, η προτυποποιημένη θνησιμότητα ήταν για την Ελλάδα 46,56 και για την Ε.Ε. 40,89. Κατά το έτος 2012, η προτυποποιημένη θνησιμότητα από τα συγκεκριμένα νοσήματα στη χώρα μας, ανήλθε στο 47,28².

Οι δείκτες θνησιμότητας από τις άλλες αιτίες νόσων δεν παρουσιάζουν σημαντικές αλλαγές μετά το 2009, που θα μπορούσαν να αποδοθούν στην οικονομική κρίση, πλην των αυτοκτονιών που σχολιάζονται στο κεφάλαιο της ψυχικής υγείας.

Δ2.3. Συμπεράσματα

- Η θνησιμότητα απ' όλες τις αιτίες μειώνεται στο διάστημα 2004-2013, με μικρή μόνο αύξηση το 2012.
- Τη μεγαλύτερη μείωση θνησιμότητας παρουσιάζουν οι ηλικίες 15-29 ετών, 30-44 ετών και άνω των 75 ετών. Οι μειώσεις στις δύο πρώτες

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

ηλικιακές ομάδες πιθανότατα οφείλονται στη μείωση των θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων, ιδιαίτερα στην περίοδο της οικονομικής κρίσης, ενώ στους άνω των 75 ετών στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

- Ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας σημειώνει το 2013 αύξηση σε σύγκριση με το 2012, ενώ το 2014 ο δείκτης παραμένει στα ίδια επίπεδα με το 2013.
- Ο δείκτης περιγεννητικής θνησιμότητας μειώθηκε το 2014 κατά 2,1% σε σύγκριση με το 2013.
- Βασική αιτία θανάτων το 2013 με 41,5% του συνόλου αποτέλεσαν τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος (με κύριο αίτιο τα καρδιακά νοσήματα - 65%), ακολουθούμενα από τα νεοπλάσματα με 25,8% και τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος με 9,8%.

* * *

Βιβλιογραφία

1. Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ). [Accessed 2015 June 26]. Available from: <http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE>
2. World Health Organization. European Health for all database (HFA-DB). [Accessed 2015 June 26]. Available from: <http://data.euro.who.int/hfad/>
3. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Ελλάς με αριθμούς. Αθήνα: Ελληνική Δημοκρατία, Ελληνική Στατιστική Αρχή; 2015.
4. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Συνθήκες Διαβίωσης στην Ελλάδα. Αθήνα: Ελληνική Δημοκρατία, Ελληνική Στατιστική Αρχή; 2015.
5. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Δελτίο τύπου: Φυσική κίνηση πληθυσμού – Έτος 2014. Ελληνική Στατιστική Αρχή; 2015.
6. Ελληνική Στατιστική Αρχή, <http://www.statistics.gr/>
7. Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα 2014. Γεγονότα και Στοιχεία. Παρατηρητήριο Οικονομικών Υγείας. Νοέμβριος 2015.

Δ3. Σωματική Νοσηρότητα

Δ3.1. Εξιτήριο Ασθενών ανά Νόσο, Φύλο, Ηλικία

Ως εξιτήριο ασθενούς ορίζεται η έξοδος από το νοσοκομείο ενός ασθενούς μετά την παραμονή του για τουλάχιστον μία νύχτα και περιλαμβάνει και τους νοσοκομειακούς θανάτους. Ο αριθμός των εξελθόντων ασθενών σε συνδυασμό με τη μέση διάρκεια νοσηλείας, αποτελούν σημαντικούς δείκτες των δραστηριοτήτων των νοσοκομείων. Οι δραστηριότητες των νοσοκομείων επηρεάζονται από μια σειρά παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων της ζήτησης νοσοκομειακών υπηρεσιών, της ικανότητας θεραπευτικής αντιμετώπισης ασθενών από τα νοσοκομεία, της ικανότητας της παρεχόμενης πρωτοβάθμιας φροντίδας να εμποδίσει τις άσκοπες εισαγωγές ασθενών στο νοσοκομείο, και της διαθεσιμότητας υπηρεσιών μετά την οξεία φάση θεραπείας για την παροχή μακροπρόθεσμης φροντίδας αποκατάστασης και αποθεραπείας.

Ο συνολικός αριθμός εισαγωγών στα ελληνικά νοσοκομεία το 2003 ήταν 1.940.512 και έφτασε 2.219.835 το 2010 σημειώνοντας αύξηση κατά 12,5%¹.

Πίνακας 1: Εξελθόντες ασθενείς ανά κατηγορία νόσων και κυριότερων νοσημάτων κατά τα έτη 2000, 2005 και 2010

ΝΟΣΗΜΑΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΕΛΘΟΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ		
	2000	2005	2010
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	1.755.137	2.086.517	2.219.835
Λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα	48.082	54.351	52.905
Ασαφώς καθορισμένες εντερικές λοιμώξεις	19.901	28.277	22.392
Σηψαιμία	2.030	3.706	6.042
Ιογενής ηπατίτιδα	2.193	2.932	1.817
Πνευμονική φυματίωση	1.477	1.596	1.282
Νεοπλάσματα	160.179	210.171	267.750
Κακοήθη νεοπλάσματα τραχείας, βρόγχων και πνεύμονα	16.905	23.415	28.363
Κακοήθη νεοπλάσματα γυναικείου μαστού	10.880	13.950	20.149
Λευκαίμια	6.996	6.885	10.201
Κακοήθη νεοπλάσματα εγκεφάλου	2.401	3.619	5.414
Κακοήθη νεοπλάσματα παχέος εντέρου	10.264	16.745	19.614
Κακοήθη νεοπλάσματα στομάχου	4.377	6.785	6.980
Κακοήθη νεοπλάσματα ήπατος (πρωτοπαθή)	2.598	5.989	3.697
Κακοήθη νεοπλάσματα παγκρέατος	2.585	3.689	5.424

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

ΝΟΣΗΜΑΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΕΛΘΟΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ		
	2000	2005	2010
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	1.755.137	2.086.517	2.219.835
Κακοήθη νεοπλασμάτα προστάτη	4.448	6.909	8.121
Κακοήθη νεοπλασμάτα ουροδόχου κύστης	8.224	11.329	15.656
Άλλα μη καθοριζόμενα νεοπλασμάτα	12.240	12.497	15.219
Ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα, διαταραχές θρέψεως & ανοσολογικές διαταραχές	37.866	44.414	50.698
Σακχαρώδης διαβήτης	15.922	17.023	17.148
Διαταραχές του θυρεοειδούς αδένου	12.717	12.737	14.337
Παχυσαρκία μη ενδοκρινικής προέλευσης	264	1.888	2.888
Νόσος AIDS	441	377	457
Νοσήματα του αίματος & των αιμοποιητικών οργάνων	24.734	31.625	35.679
Αναιμίες	14.315	19.024	17.400
Άλλα νοσήματα του αίματος και των αιμοποιητικών οργάνων	10.419	12.601	18.279
Ψυχικές διαταραχές	35.789	39.931	39.113
Γεροντικές και προγεροντικές οργανικές ψυχώσεις διαταραχές	1.778	2.906	3.140
Σχιζοφρενικές ψυχώσεις	1.796	1.773	1.729
Συναισθηματικές ψυχώσεις	6.338	8.137	8.455
Άλλες ψυχώσεις	14.143	16.734	14.101
Σύνδρομο αλκοολικής εξάρτησης	1.509	1.852	2.263
Φαρμακευτική εξάρτηση	1.716	1.704	2.293
Νοσήματα του νευρικού συστήματος και των αισθητηρίων οργάνων	130.039	186.908	214.409
Σκλήρυνση κατά πλάκα	1.343	2.638	8.200
Νόσος Πάρκινσον	1.445	1.368	1.524
Επιληψία	6.073	7.852	7.924
Γλαύκωμα	3.864	3.840	3.768
Καταρράκτης	67.427	105.721	125.936
Μέση ωτίτιδα και μασοειδίτιδα	2.993	4.120	3.586
Κώφωση	721	571	816
Νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος	252.073	300.459	302.098
Άλλες μορφές Ισχαιμικής καρδιοπάθειας	67.478	84.926	80.826
Υπερτασική καρδιοπάθεια	3.665	3.358	1.888
Άλλες μορφές υπερτασικής νόσου	14.478	16.816	12.449
Άλλα νοσήματα των εγκεφαλικών αγγείων	5.500	9.097	14.700
Καρδιακές αρρυθμίες	31.560	41.678	49.159
Πνευμονική εμβολή	1.449	2.120	2.505
Υπαρακνοειδής αιμορραγία	925	1.011	872
Ενδοεγκεφαλική και άλλη ενδοκρανιακή αιμορραγία	2.670	3.411	3.662
Κιρσοί των κάτω άκρων	4.996	6.480	6.816
Αιμορροΐδες	4.713	6.123	6.721
Νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος	148.752	164.878	169.172
Οξεία αμυγδαλίτιδα	4.775	5.286	4.252
Χρόνια νοσήματα αμυγδαλών και αδενοειδών εκβλαστήσεων	19.322	20.090	16.368
Άλλες οξείες λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού	6.079	11.617	8.475
Σκολίωση ρινικού διαφράγματος και ρινικοί πολύποδες	11.027	14.897	17.028
Πνευμονία	15.374	17.492	20.436
Γρίπη	473	179	1.309
Οξεία βρογχίτιδα και βρογχιολίτιδα	9.707	11.160	11.708
Πλευρίτιδα	2.882	3.098	3.768
Άλλα νοσήματα αναπνευστικού νοσήματος	32.998	36.345	44.346
Νοσήματα του πεπτικού συστήματος	189.828	210.137	227.291
Κήλες της κοιλίας	33.599	38.466	38.289

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

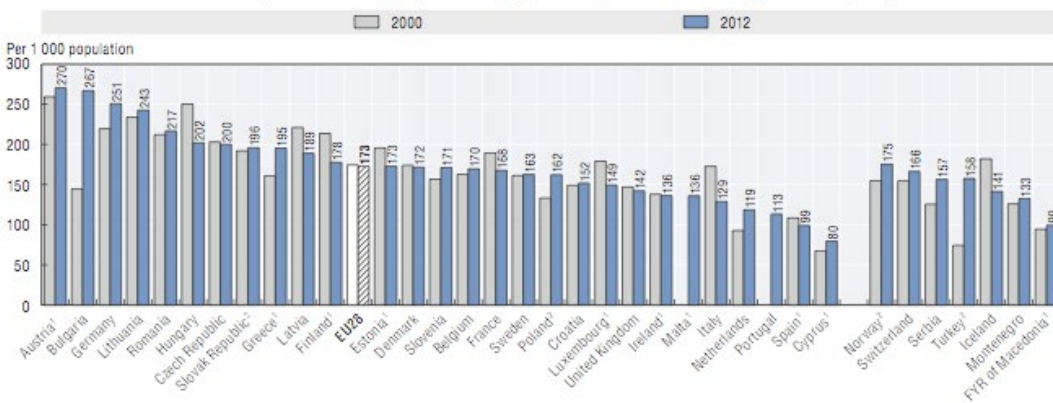
ΝΟΣΗΜΑΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΕΛΘΟΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ		
	2000	2005	2010
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	1.755.137	2.086.517	2.219.835
Χολολιθίαση και χολοκυστίτιδα	38.293	45.813	49.189
Σκωληκοειδίτιδα	16.857	13.362	11.297
Έλκος στομάχου και δωδεκαδακτύλου	4.706	2.240	1.777
Χρόνια ηπατοπάθεια και κίρρωση	8.115	8.326	7.396
Νοσήματα του ουροποιογεννητικού συστήματος	146.027	171.047	179.632
Νεφρίτιδα, νεφρωσικό σύνδρομο και νέφρωση	22.605	31.087	34.662
Λοιμώξεις του νεφρού	3.008	4.198	4.449
Λιθίαση ουροποιητικού συστήματος	7.150	10.161	11.040
Υπερπλασία του προστάτη	14.065	14.552	13.304
Υπερτροφία πόσσης και φίμωση	4.033	5.978	7.176
Μητροκολπική πρόπτωση	4.792	4.291	4.376
Επιπλοκές της κύησης, του τοκετού και της λοκείας	139.826	150.271	170.132
Αυτόματη έκτρωση	3.964	2.785	2.320
Νόμιμη προκλητή έκτρωση	1.240	944	1.040
Παράνομη προκλητή έκτρωση	8.021	7.304	7.664
Άλλες μορφές εκτρώσεων	4.790	5.462	6.464
Άλλες άμεσες αιτίες μαιευτικών επεμβάσεων	45.250	62.041	81.129
Φυσιολογικός τοκετός	68.086	64.565	64.192
Νοσήματα του δέρματος και του υποδορίου ιστού	32.401	40.224	43.387
Λοιμώξεις δέρματος και υποδορίου ιστού	15.443	17.414	18.919
Άλλα νοσήματα δέρματος και υποδορίου ιστού	16.958	22.810	24.468
Νοσήματα του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού	69.637	87.167	91.721
Ρευματοειδής αρθρίτιδα, εκτός της σπονδυλικής μοίρας	2.793	4.352	5.377
Άλλες αρθροπάθειες	15.838	27.030	26.914
Άλλες διαταραχές των αρθρώσεων	10.520	10.704	15.752
Άλλες παθήσεις της ράχης	27.370	28.127	22.984
Συγγενείς ανωμαλίες	12.726	13.279	11.320
Συγγενείς ανωμαλίες καρδιάς και κυκλοφορικού συστήματος	3.726	3.344	3.424
Κρυφορκία	1.272	1.592	1.168
Άλλες παραμορφώσεις του πεπτικού συστήματος	961	1.043	945
Καταστάσεις που προέρχονται από την περιγεννητική περίοδο	24.149	28.306	28.704
Αργή εμβρυϊκή ανάπτυξη, πλημμελής θρέψη του εμβρύου και ανωριμότητα	4.792	5.320	6.360
Υποξία, ασφυξία κατά τη γέννηση και άλλες καταστάσεις του αναπνευστικού	2.508	2.808	2.624
Άλλες καταστάσεις περιγεννητικής προέλευσης	16.472	19.785	19.168
Συμπτώματα, σημεία και ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις	136.216	177.327	172.274
Πυρεξία αγνώστου αιτιολογίας	21.425	26.583	27.242
Κοιλιακό άλγος	18.107	21.165	18.763
Κωλικός νεφρού	6.267	5.578	4.698
Συμπτώματα που σχετίζονται με την καρδιά	11.473	16.611	15.528
Αναπνευστική ανεπάρκεια	2.466	7.021	9.729
Ατυχήματα και δηλητηριάσεις	166.813	171.458	163.550
Κάταγμα αυκένα του μηριαίου οστού	16.672	19.096	22.466
Κάταγμα κνήμης, περόνης και αστραγάλου	11.119	11.201	10.928
Κάταγμα βραχίονα, κερκίδας και ωλένης	7.696	8.644	8.776
Εξαρθρήματα, υπεξαρθρήματα και διαστρέμματα	8.425	12.954	9.432
Δηλητηρίαση από φάρμακα, ιδιοσκευάσματα και βιολογικές ουσίες	5.508	6.895	6.869
Άλλες κακώσεις, πρώιμες επιπλοκές τραύματος (άμεσες)	43.713	47.719	39.090
Όψιμες επιπλοκές κακώσεων, δηλητηριάσεων, τοξικών δράσεων και άλλων εξωτερικών αιτιών	5.095	7.115	7.008

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Στο συγκριτικό Σχήμα 1 των εξελθόντων ασθενών στις 26 χώρες του ΟΟΣΑ², κατά τα έτη 2000 και 2012, η Ελλάδα ανήκει στην ομάδα χωρών που εμφανίζουν από τα μεγαλύτερα ποσοστά αύξησης (21%) του αριθμού των εξελθόντων ασθενών.

Σχήμα 1: Εξελθόντες ασθενείς ανά 1.000 κατοίκους κατά τα έτη 2000 και 2012



Πηγή: ΟΟΣΑ Health Statistics 2014 (<http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>), Eurostat Statistics Database, WHO Europe Health for All Database

Διεθνώς, τη μεγαλύτερη έξαρση σε περιόδους οικονομικής κρίσης, παρουσιάζουν, στον τομέα της σωματικής νοσηρότητας, τα λοιμώδη νοσήματα, όπως είναι η φυματίωση, η γρίπη και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, λόγω της επιδείνωσης των συνθηκών διαβίωσης και διατροφής και της δυσκολίας πρόσβασης στην αναγκαία ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Επιπλέον, από την αύξηση κρουσμάτων φυματίωσης και θανάτων από γρίπη, στην Ελλάδα της κρίσης, σύμφωνα με το ΚΕ.Ε.ΛΠΝΟ, καταγράφεται το 2010 επανεμφάνιση της ελονοσίας και κρούσματα του ιού του Δυτικού Νείλου. Η μόλυνση από τον ιό HIV σε χρήστες ενδοφλεβικών ναρκωτικών ουσιών, αυξήθηκε το 2011 περισσότερο από 1.000%, λόγω της διακοπής του προγράμματος διανομής δωρεάν συρίγγων.

Δ3.2. Αυτοαναφερόμενη Νοσηρότητα

Η αυτοαναφερόμενη υγεία έχει χρησιμοποιηθεί ως ένας αξιόπιστος προγνωστικός δείκτης θνησιμότητας και μπορεί σε κάποιο βαθμό να συσχετισθεί με ορισμένες αιτίες θανάτου^{3,4}. Έχει συσχετισθεί με ψυχολογικά και ιατρικά συμπτώματα και μπορεί να προβλέπει την προσαρμογή μετά από νόση κυρίως σε ό,τι αφορά την εργασιακή αποκατάσταση και την κοινωνική δραστηριότητα⁵.

Στις Πανελλαδικές έρευνες Hellas Health που πραγματοποιήθηκαν από το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το

Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, την περίοδο 2006-2015, το σύνολο των ερωτώμενων απάντησαν σε ερωτήσεις σχετικά με την αυτοαναφερόμενη νοσηρότητα.

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα της έρευνας Hellas Health I⁶ (2006) με αυτά της έρευνας Hellas Health III⁷ (2010), παρατηρούμε πολύ μικρές διαφοροποιήσεις στις πρώτες θέσεις, καθώς και πάλι πρώτη σε συχνότητα ήταν η αρτηριακή υπέρταση, δεύτερη η υπερχοληστερολαιμία (με 13% έναντι του 9,1%) και ακολουθούν η οστεοαρθρίτιδα ισχίου ή γόνατος (με 9% έναντι του 6,1%) και ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II (7%). Οι αγχώδεις διαταραχές εξακολουθούσαν να είναι το πέμπτο συχνότερο χρόνια νόσημα, παρουσιάζοντας όμως μικρή αύξηση (από 4% σε 5%), ενώ η κατάθλιψη διπλασίασε το ποσοστό από 1,5% το 2006 στο 3% το 2010. Από καρδιακή ανεπάρκεια δήλωσε ότι έπασχε το 4% του πληθυσμού (Σχήματα 2, 3)⁶⁻⁷.

Το 2013 πραγματοποιήθηκε η έρευνα Hellas Health V⁸. Από τη σύγκριση των αποτελεσμάτων των Hellas Health I και III (2010, 2013), με αυτά της Hellas Health V παρατηρούμε αρκετές διαφοροποιήσεις. Το 2013, το ποσοστό του ελληνικού πληθυσμού που δηλώνει ότι πάσχει από κάποιο χρόνια νόσημα ανέρχεται στο 55.5%, δηλαδή κατά πολύ αυξημένο σε σχέση με τα προηγούμενα έτη (Σχήματα 3, 4)⁷⁻⁸.

Επίσης, το ποσοστό της κατάθλιψης αυξάνεται σημαντικά και από 3% το 2010 φθάνει το 9,4% το 2013, καταλαμβάνοντας την 4η θέση, ενώ ακολουθεί η οστεοαρθρίτιδα ισχίου ή γόνατος (8,2% έναντι 9%) και ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II (4,9% έναντι 7%).

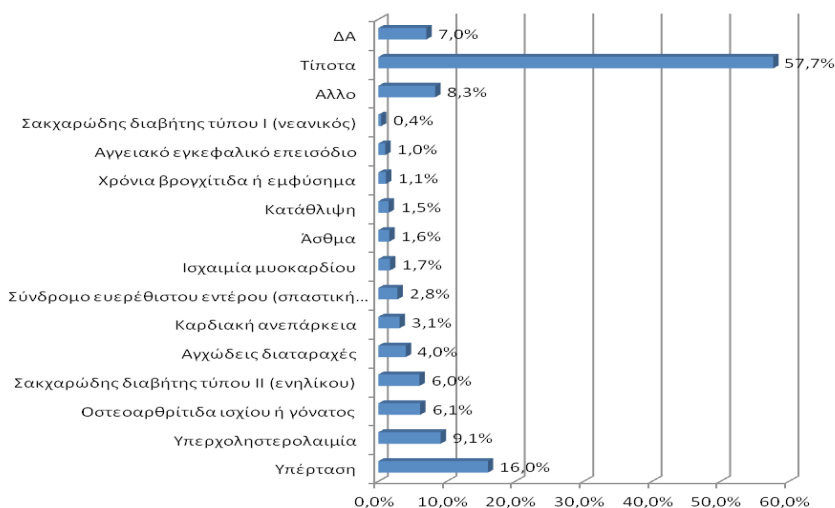
Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα της Hellas Health VI⁹ (2015) με αυτά της Hellas Health V (2013), η αρτηριακή υπέρταση και υπερχοληστερολαιμία κατέχουν και πάλι τις πρώτες θέσεις, όπως άλλωστε και στις Hellas Health I και II το 2006 και το 2010. Οι αγχώδεις διαταραχές και η κατάθλιψη, που κατείχαν το 2013 την 3η και 4η θέση, υποχωρούν το 2015 στην 5η και 7η θέση αντίστοιχα.

Συγκεκριμένα, τα ποσοστά των νόσων αυτών έδειξαν, αρχικά, μία μικρή αυξητική τάση, της τάξης του 1% το 2010, φτάνοντας σε μία μέγιστη τιμή το 2013 (με 12,2 % και 9,4% αντίστοιχα), ενώ το 2015 παρουσίασαν και πάλι ποσοστά 5% και 2% αντίστοιχα, όπως αυτά του 2006. Το ποσοστό του σακχαρώδους διαβήτη δείχνει να σταθεροποιείται περίπου στο 6% το 2015, αφού ήταν 6% και το 2006, 7% το 2010 και 4,9% το 2013, όπως και η οστεοαρθρίτιδα ισχίου ή γόνατος που δείχνει να κινείται κοντά στο 8%. Επίσης, το ποσοστό χρόνιας βρογχίτιδας και εμφυσήματος, ενώ είχε παρουσιάσει αύξηση κατά 3,9% το 2013, υποχωρεί στο 1% το 2015. Η καρδιακή ανεπάρκεια εμφανίζεται το 2015 αυξημένη περίπου κατά 2% σε σχέση με το 2013 (Σχήματα 4, 5)⁸⁻⁹.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

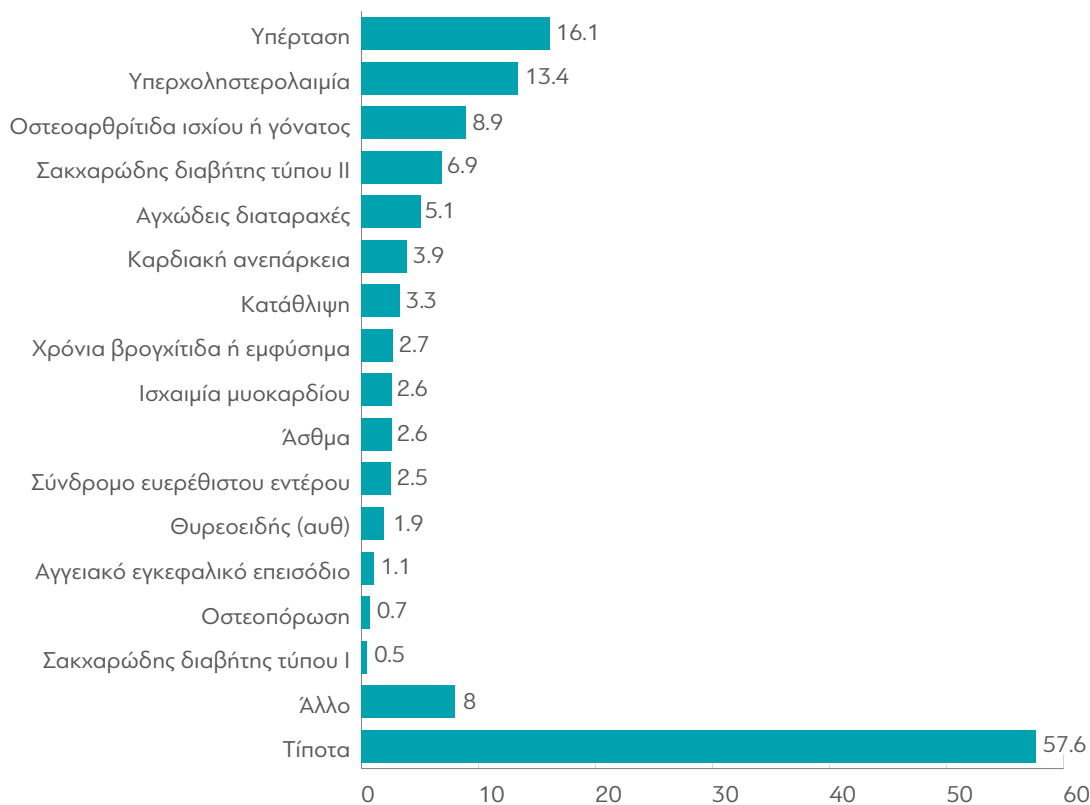
ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 2: Συχνότητα χρόνιων νοσημάτων, συνολικά στην Ελλάδα, σύμφωνα με την έρευνα Hellas Health I (2006)



Πηγή: ΙΚΠΙ, 2006

Σχήμα 3: Συχνότητα χρόνιων νοσημάτων, συνολικά στην Ελλάδα, σύμφωνα με την έρευνα Hellas Health III (2010)

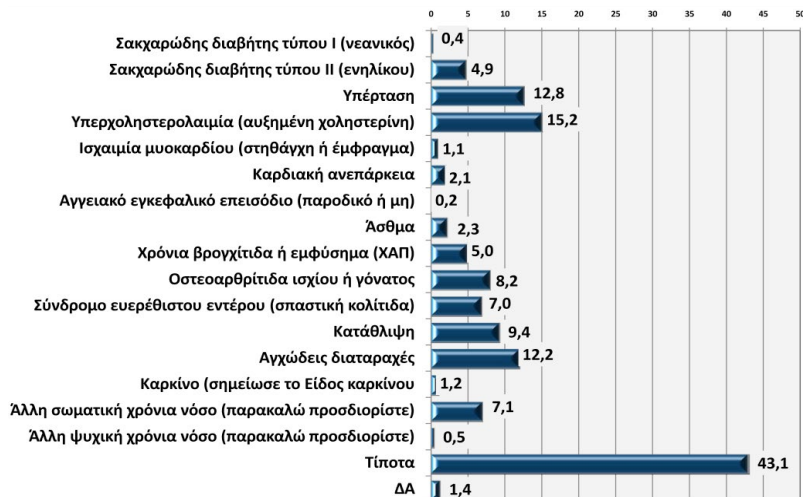


Πηγή: ΙΚΠΙ, 2010

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

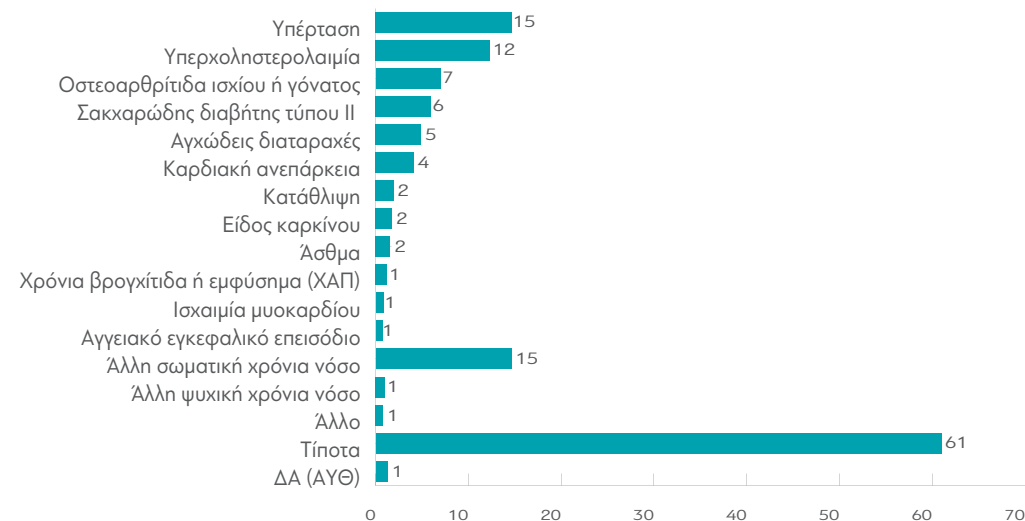
ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 4: Συχνότητα χρόνιων νοσημάτων, συνολικά στην Ελλάδα, σύμφωνα με την έρευνα Hellas Health V (2013)



Πηγή: ΙΚΠΙ, 2013

Σχήμα 5: Συχνότητα χρόνιων νοσημάτων, συνολικά στην Ελλάδα, σύμφωνα με την έρευνα Hellas Health VI (2015)



Πηγή: ΙΚΠΙ, 2015

Σύμφωνα με τα πρώιμα αποτελέσματα που ανακοινώθηκαν το Νοέμβριο του 2015 της Εθνικής Μελέτης Νοσηρότητας και Παραγόντων Κινδύνου (Ε.ΜΕ.ΝΟ), που πραγματοποίησε η Ιατρική Σχολή του ΕΚΠΑ σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 5.000 ενηλίκων ατόμων, σχεδόν το 1/3 (28,5%) αυτό-αξιολογεί την κατάσταση της υγείας του ως μέτρια και κακή. Συμπτώματα άγχους δηλώνει το 24% και κατάθλιψης το 16%. Τα συμπτώματα αυτά συσχετίζονται σημαντικά με την ανεργία¹⁰.

Σε ό,τι αφορά τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η συχνότητα της στεφανιαίας νόσου ήταν 4,6% και των εγκεφαλικών 1,9%. Η στεφανιαία νόσος ήταν

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

δύο φορές συχνότερη στους άνδρες (6,3%) απ' ό,τι στις γυναίκες (3,1%). Ποσοστό 39% των ανδρών και 33% των γυναικών είχαν υπέρταση, το 12,5% των ανδρών και το 10% των γυναικών είχαν σακχαρώδη διαβήτη (11% σύνολο), ενώ το 37% των ανδρών και το 34% των γυναικών είχαν αυξημένη χοληστερίνη (35% σύνολο)¹⁰.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Έρευνας Υγείας της ΕΛΣΤΑΤ, το 2014 ένας στους δύο (49,3%) ηλικίας 15 ετών και άνω δηλώνει ότι έχει κάποιο χρόνια πρόβλημα ή χρόνια πάθηση. Χρόνιο θεωρείται το πρόβλημα υγείας ή η πάθηση που διαρκεί ή πρόκειται να διαρκέσει περισσότερους από 6 μήνες, με ή χωρίς φαρμακευτική αγωγή. Χρόνιο πρόβλημα ή χρόνια πάθηση δηλώνουν πέντε στις δέκα γυναίκες (53,9%) και τέσσερις στους δέκα άνδρες (44,2%). Από το σύνολο όσων δηλώνουν ότι έχουν κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας ή χρόνια πάθηση, έξι στους δέκα (61,4%) είναι ηλικίας 55 ετών και άνω¹¹.

Αύξηση 24,2% σε σχέση με το 2009 (39,7%), καταγράφεται στον πληθυσμό που δηλώνει ότι πάσχει από κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας ή χρόνια πάθηση.

Σχήμα 6: Πληθυσμός ηλικίας 15 ετών και άνω με ή χωρίς χρόνια πρόβλημα υγείας ή χρόνια πάθηση, 2009, 2014



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

Με τον δείκτη GALI εκτιμάται κατά πόσο ο ερευνώμενος έχει περιορίσει τις δραστηριότητες του μόνο λόγω προβλημάτων υγείας και όχι για οικονομικούς ή άλλους λόγους. Ένας στους δέκα (10,2%) ηλικίας 15 ετών και άνω, έχει περιορίσει πάρα πολύ, για λόγους υγείας και για διάστημα 6 μηνών ή και περισσότερο, κάποιες από τις -συνήθειες για το γενικό πληθυσμό- δραστηριότητές του, και δύο στους δέκα (19,6%) τις έχουν περιορίσει αλλά όχι πάρα πολύ. Συνολικά, το 29,8% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω, δηλώνει ότι έχει περιορίσει τις δραστηριότητές του λόγω προβλημάτων υγείας¹¹.

Το παρακάτω γράφημα παρουσιάζει τον δείκτη GALI για τα έτη 2014

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

και 2009. Αύξηση 14,6% και 41,0% καταγράφεται στο ποσοστό του πληθυσμού που αντιμετωπίζει περιορισμό των δραστηριοτήτων του, πάρα πολύ και όχι πάρα πολύ, αντίστοιχα¹¹.

Σχήμα 7: Δείκτης GALL. Πληθυσμός ηλικίας 15 ετών και άνω ανάλογα με το βαθμό περιορισμού δραστηριοτήτων λόγω προβλημάτων υγείας, 2009, 2014



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

Σύμφωνα πάντα με τα ευρήματα της Έρευνας Υγείας του 2014 της ΕΛΣΤΑΤ, το 4,4% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω, δήλωσε ότι πάσχει από άσθμα (συμπεριλαμβανομένου του αλλεργικού άσθματος), ποσοστό στα ίδια επίπεδα με αυτό που κατεγράφη το 2009 (4,3%). Από τους πάσχοντες οι 6 (62,9%) είναι γυναίκες και οι 4 (37,1%) άνδρες¹¹.

Το 2,0% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω δήλωσε ότι υπέστη έμφραγμα του μυοκαρδίου, ποσοστό αυξημένο κατά 42,9% σε σχέση με το ποσοστό που κατεγράφη το 2009 (1,4%). Οι 7 στους 10 πάσχοντες είναι άνδρες (67,8%) και οι 3 γυναίκες (32,2%). Πέντε στους είκοσι ηλικίας 55-64 ετών και εννέα στους είκοσι ηλικίας 65-74 ετών δηλώνουν ότι έχουν υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου¹¹.

Ένας στους πέντε (20,4%) του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω, δήλωσε ότι πάσχει από υπέρταση, ποσοστό στα ίδια επίπεδα με αυτό που κατεγράφη το 2009 (20,2%). Οι 4 στους 10 πάσχοντες είναι άνδρες (42,8%) και οι 6 γυναίκες (57,2%). Τρεις στους δέκα ηλικίας 55-64 ετών και ένας στους δύο ηλικίας 65-74 ετών δηλώνουν ότι πάσχουν από υπέρταση¹¹.

Το 2,0% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω, δήλωσε ότι υπέστη αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή υφίσταται τις χρόνιες συνέπειες παλαιού εγκεφαλικού. Το ποσοστό παρουσιάζει αύξηση 17,6% σε σχέση με το 2009 (1,7%). Οι 4 στους 10 πάσχοντες είναι άνδρες (44,2%) και οι 6 γυναίκες (55,8%). Πέντε στους είκοσι ηλικίας 55-64 ετών και εννέα στους είκοσι ηλικίας 65-74 ετών δηλώνουν ότι έχουν υποστεί αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο¹¹.

Από σακχαρώδη διαβήτη δήλωσε ότι πάσχει το 9,2% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω, ποσοστό αυξημένο κατά 16,5% σε σχέση με το 2009 (7,9%). Οι 4 στους 10 πάσχοντες είναι άνδρες (45,1%) και οι 6 γυναίκες (54,9%). Περισσότεροι από ένας στους δέκα, ηλικίας 55-64 ετών, και δύο στους δέκα ηλικίας 65-74 ετών, δηλώνουν ότι πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη¹¹.

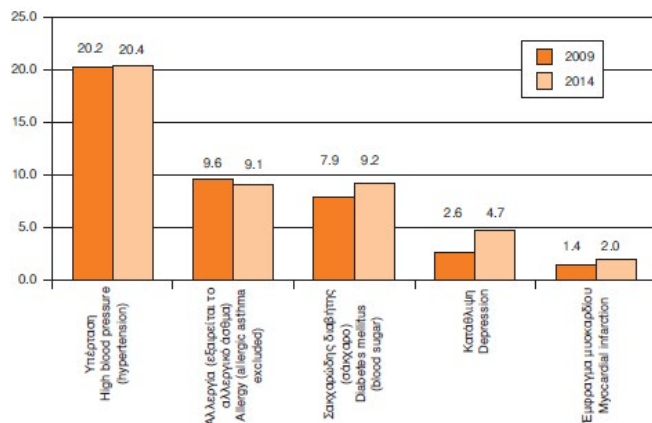
Υψηλά επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα ανέφερε το 15,3% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω. Το 2009, το ποσοστό όσων δήλωσαν υψηλά επίπεδα χοληστερόλης και διαταραχή στα λιπίδια και στα τριγλυκερίδια ήταν 15,0%. Οι τέσσερις στους δέκα πάσχοντες (39,6%) είναι άνδρες και οι έξι (60,4%) γυναίκες¹¹.

Σύμφωνα με την έκθεση «Συνθήκες Διαβίωσης στην Ελλάδα», που εξέδωσε η ΕΛΣΤΑΤ το 2015, συγκρίνοντας τον επιπολασμό (ποσοστό στον γενικό πληθυσμό) ορισμένων βασικών νοσημάτων, μεταξύ 2009 και 2014, διαπιστώνεται σύμφωνα με τον Σχήμα 8, μικρή αύξηση του σακχαρώδους διαβήτη (από 7,9% στο 9,2%) και του εμφράγματος (ανά 1,4% στο 2,0%) και σημαντική αύξηση της κατάθλιψης (από 2,6% στο 4,7%)¹².

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 8: Επιπολασμός νοσημάτων/παθήσεων (*), 2009, 2014

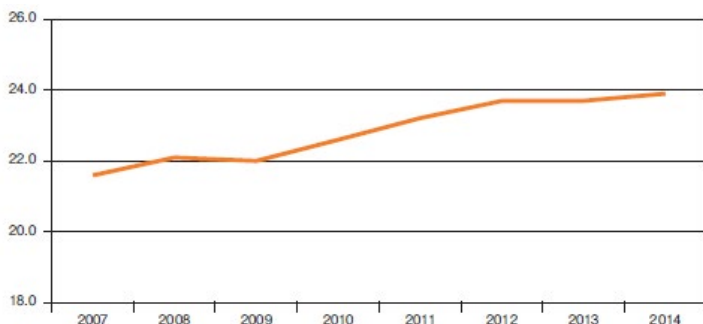


(*) Επιπολασμός νοσήματος/πάθησης είναι το ποσοστό του πληθυσμού που έχει το νόσημα ή την πάθηση μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο, συμπεριλαμβανομένων όσων έχουν το νόσημα στην αρχή της χρονικής περιόδου, καθώς και όσων το απέκτησαν κατά τη διάρκεια της περιόδου.

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

Συνολικά, το ποσοστό του πληθυσμού που αντιμετωπίζει κάποια χρόνια πάθηση το 2014 (περίπου 24%), παρουσιάζει αύξηση ιδιαίτερα κατά την περίοδο 2009-2012 (Σχήμα 9)¹².

Σχήμα 9: Ποσοστό του πληθυσμού που αντιμετωπίζει κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας



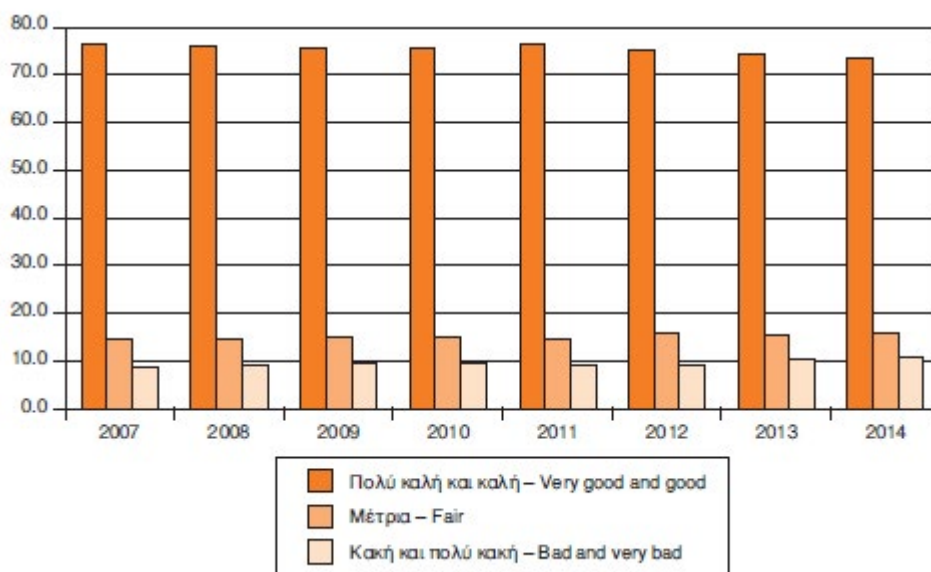
Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σε ό,τι αφορά την υποκειμενική εκτίμηση της υγείας, σύμφωνα με το Σχήμα 10, στο διάστημα 2007-2014, παρατηρείται μικρή μείωση του ποσοστού που αναφέρουν «πολύ καλή» και «καλή» και μικρή αύξηση όσων αναφέρουν «κακή»¹².

Σχήμα 10: Ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού κατά την κατάσταση της υγείας του



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

Δ3.3. Συμπεράσματα

- Κατά το έτος 2010, καταγράφηκαν 2.219.835 εξιτήρια ασθενών από ελληνικά νοσοκομεία, με συχνότερες διαγνώσεις εξόδου, τα νοσήματα του κυκλοφορικού νοσήματος, τα νεοπλάσματα και τα νοσήματα του νευρικού συστήματος και των αισθητηρίων οργάνων.
- Η Ελλάδα, με ποσοστό 195 εξιτηρίων/1.000 κατοίκους για το έτος 2012, κατατάσσεται 6η μεταξύ των 24 χωρών που συμμετέχουν στον ΟΟΣΑ.
- Κατά την περίοδο 2000-2012, παρατηρείται αύξηση κατά 21% του αριθμού των εξιτηρίων που καταγράφηκαν στα ελληνικά νοσοκομεία.
- Η αύξηση αυτή μπορεί να αποδοθεί σε τρεις βασικές αιτίες. Στη γήρανση του πληθυσμού και στη συνακόλουθη αύξηση των αναγκών για νοσοκομειακή περίθαλψη, καθώς και στη μεγαλύτερη ζήτηση για δημόσιες νοσοκομειακές υπηρεσίες λόγω μεγαλύτερης αδυναμίας προσφυγής στον ιδιωτικό τομέα στη διάρκεια της οικονομικής κρίσης.
- Κατά τη δεκαετία 2000-2010, καταγράφεται σταθερή αύξηση του αριθμού εξιτηρίων ασθενών σε όλα τα συνηθέστερα νεοπλάσματα (πνεύμονος, μαστού, παχέος εντέρου, προστάτη, κλπ).
- Όπως προέκυψε από τα αποτελέσματα των πανελλαδικών ερευνών του ΙΚΠΙ, Hellas Health I (2006), III (2010), V (2013), VI (2015), αν και κατά τα έτη 2006 και 2010 δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις, καταγράφηκε αύξηση της αυτοαναφερόμενης νοσηρότητας που έφτασε στο 55,5% το 2013 και στο 39% το 2015. Η υπερχοληστερολαιμία και η αρτηριακή υπέρταση φαίνεται να κατέχουν τις πρώτες θέσεις σταθερά. Αν και το 2013 τη μεγαλύτερη αύξηση παρουσίασαν οι αγχώδεις διαταραχές, οι παθήσεις του αναπνευστικού και η κατάθλιψη, το 2015 φαίνεται να δίνουν τη θέση τους στην οστεοαρθρίτιδα ισχίου ή γόνατος, στον σακχαρώδη διαβήτη και στην καρδιακή ανεπάρκεια, μειώνοντας τα ποσοστά τους κοντά σε αυτά του 2006.
- Σύμφωνα με την Εθνική Μελέτη Νοσηρότητας και Παραγόντων Κινδύνου (ΕΜΕ.ΝΟ) σχεδόν το 1/3 (28,5%) του δείγματος αυτο-αξιολογεί την κατάσταση της υγείας του ως μέτρια και κακή. Σύμφωνα με την έκθεση της ΕΛΣΤΑΤ «Συνθήκες Διαβίωσης στην Ελλάδα» (2015), σε ό,τι αφορά την υποκειμενική εκτίμηση της υγείας, στο διάστημα 2007-2014, παρατηρείται μικρή μείωση του ποσοστού αυτών που αναφέρουν «πολύ καλή» και «καλή» και μικρή αύξηση όσων αναφέρουν «κακή».
- Η αύξηση της αυτοαναφερόμενης νοσηρότητας στο διάστημα 2010-2015, μπορεί να αποδοθεί στην αρνητική επίδραση που ασκεί η οικονομική κρίση στην υγεία του πληθυσμού, ιδιαίτερα στον τομέα της ψυχικής υγείας, αν και μεταξύ 2013 και 2015, οι διαταραχές ψυχικής υγείας φαίνεται να υποχωρούν, πιθανόν λόγω σταδιακής προσαρμογής του πληθυσμού στα νέα δεδομένα που δημιουργήσε η οικονομική κρίση.
- Σύμφωνα για την έκθεση της ΕΛΣΤΑΤ «Συνθήκες Διαβίωσης

στην Ελλάδα» (2015), συνολικά, το ποσοστό του πληθυσμού που αντιμετωπίζει κάποια χρόνια πάθηση το 2014 (24%), παρουσιάζει αύξηση ιδιαίτερα κατά την περίοδο 2009-2012. Συγκρίνοντας τον επιπολασμό (ποσοστό στο γενικό πληθυσμό) ορισμένων βασικών νοσημάτων μεταξύ 2009 και 2014 διαπιστώνεται μικρή αύξηση του σακχαρώδους διαβήτη (από 7,9% στο 9,2%) και του εμφράγματος (ανά 1,4% στο 2,0%) και σημαντική αύξηση της κατάθλιψης (από 2,6% στο 4,7%).

- Σύμφωνα με τα στοιχεία της Έρευνας Υγείας της ΕΛΣΤΑΤ για το 2014:
 - Ένας στους δύο (49,3%) ηλικίας 15 ετών και άνω δηλώνει ότι έχει κάποιο χρόνιο πρόβλημα ή χρόνια πάθηση.
 - Χρόνιο πρόβλημα ή χρόνια πάθηση δηλώνουν πέντε στις δέκα γυναίκες (53,9%) και τέσσερις στους δέκα άνδρες (44,2%). Από το σύνολο αυτών, 6 στους 10 (61,4%) είναι ηλικίας 55 ετών και άνω.
 - Το 29,8% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω δηλώνει ότι έχει περιορίσει τις δραστηριότητές του λόγω προβλημάτων υγείας.
 - Από σακχαρώδη διαβήτη δήλωσε ότι πάσχει το 9,2% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω, ποσοστό αυξημένο κατά 16,5% σε σχέση με το 2009 (7,9%).
 - Υψηλά επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα ανέφερε το 15,3% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό το 2009 ήταν 15,0%.

* * *

Βιβλιογραφία

1. Ελληνική Στατιστική Αρχή 2000, 2005, 2010.
2. OECD Health Statistics 2014 Available from: <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>, Eurostat Statistics Database, WHO Europe Health for All Database <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfad-b> [Accessed 2015 Jul 10].
3. Idler EL. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav.* 1997 Mar;38(1):21-37.
4. Bjorner J, Sondergrd Kristensen T, Orth-Gomer K, et al. Self-rated health: A useful concept in research, prevention and clinical medicine. Swedish Council for Planning and Coordination of Research (Forskningsrådsnämnden) (FRN); 1996.
5. Garrity TF. Vocational adjustment after myocardial infraction; comparative assessment of several variable suggested in the literature. *Soc Sci Med.* 1973;7:705-17.
6. ΙΚΠΙ. Hellas Health I. Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών; 2006.

7. ΙΚΠΙ. Hellas Health III. Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών; 2010.
8. ΙΚΠΙ. Hellas Health V. Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών; 2013.
9. ΙΚΠΙ. Hellas Health VI. Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών; 2015.
10. Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ. Δελτίο Τύπου: Η Κατάσταση της Υγείας στην Ελλάδα του 2015: Χρόνια Νοσήματα - Πρόσβαση στο Σύστημα Υγείας- Πρόληψη. Αποτελέσματα της μελέτης ΕΜΕΝΟ. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή; 2015.
11. 11. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Δελτίο Τύπου Έρευνα Υγείας: Έτος 2014. Πειραιάς: Ελληνική Δημοκρατία, Ελληνική Στατιστική Αρχή; 2015.
12. 12. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Συνθήκες Διαβίωσης στην Ελλάδα. Αθήνα: Ελληνική Δημοκρατία, Ελληνική Στατιστική Αρχή; 2015.

Δ4. Ψυχική Υγεία

Δ4.1. Ψυχική Νοσηρότητα

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (2010), στον πίνακα 1 εμφανίζεται ο αριθμός των εξελθόντων ασθενών με ψυχικές διαταραχές κατά τα έτη 2000 και 2010 στην Ελλάδα. Επισημαίνεται η αύξηση του ποσοστού γεροντικών και προγεροντικών οργανικών ψυχωτικών καταστάσεων κατά 77%, των συναισθηματικών ψυχώσεων κατά 34%, του συνδρόμου αλκοολικής εξάρτησης κατά 51% και της φαρμακευτικής εξάρτησης κατά 33%.

Πίνακας 1: Αριθμός εξελθόντων ασθενών με ψυχικές διαταραχές κατά τα έτη 2000 και 2010

ΝΟΣΗΜΑ	ΕΤΟΣ	
	2000	2010
Σύνολο	35.789	39.113
Γεροντικές και προγεροντικές οργανικές ψυχωτικές καταστάσεις	1.778	3.140
Σχιζοφρενικές ψυχώσεις	1.796	1.729
Συναισθηματικές ψυχώσεις	6.338	8.455
Άλλες ψυχώσεις	14.143	14.101
Νευρώσεις και διαταραχές προσωπικότητας	2.680	2.445
Σύνδρομο αλκοολικής εξάρτησης	1.509	2.283
Φαρμακευτική εξάρτηση	1.716	2.293
Διαταραχές φυσιολογικών λειτουργιών που προκύπτουν από ψυχικούς παράγοντες	155	114
Πνευματική καθυστέρηση	645	419
Λοιπές ψυχικές διαταραχές	5.029	4.154

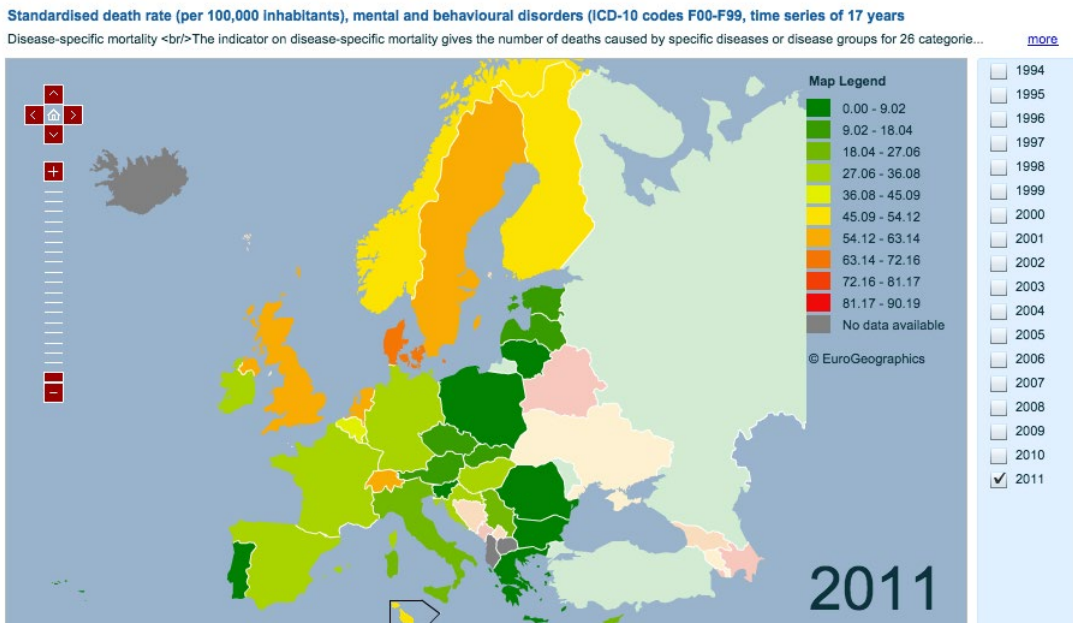
Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2010

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Με βάση τα δεδομένα του European Core Health Indicators (ECHI) για το 2011 (Εικόνα 1), η Ελλάδα βρίσκεται μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών με το χαμηλότερο προτυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας (0-9.02/100.000 κατοίκους) εξαιτίας ψυχιατρικών και συμπεριφορικών διαταραχών¹.

Εικόνα 1: Προτυποποιημένο ποσοστό θανάτων (ανά 100.000 πληθυσμού) λόγω ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών (2011)



Πηγή: European Core Health Indicators (ECHI), 2011

Δ4.2. Οικονομική Κρίση και Ψυχική Υγεία

Είναι γνωστό πως η εμφάνιση προβλημάτων ψυχικής υγείας σχετίζεται με πλείστους κοινωνικούς και οικονομικούς καθοριστικούς παράγοντες, όπως η φτώχεια, οι στερήσεις και οι ανισότητες. Δεδομένου ότι υπάρχει αύξηση των προαναφερθέντων παραγόντων σε περιόδους οικονομικής κρίσης, είναι αναμενόμενο πως τίθεται σε υψηλότερο κίνδυνο και η ψυχική υγεία του πληθυσμού. Οι άνθρωποι που έρχονται αντιμέτωποι με συνθήκες, όπως η ανεργία, η φτώχεια και η εξαθλίωση αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν προβλήματα ψυχικής υγείας.

Σε έρευνα του Ευρωβαρομέτρου το 2010, παρατηρήθηκε μεταξύ των Ελλήνων ερωτηθέντων η μεγαλύτερη μείωση (18 ποσοστιαίων μονάδων), αυτών που δήλωσαν ότι νιώθουν χαρούμενοι πάντα ή τον περισσότερο καιρό κατά τη διάρκεια του μήνα που προηγήθηκε της μελέτης, σε σύγκριση με το 2006 (2006: 61%, 2010: 43%)²⁻³. Επίσης, στην Ελλάδα υπήρξε και η μεγαλύτερη μείωση, με πτώση 12 ποσοστιαίων μονάδων, αυτών που δήλωσαν ότι ένιωθαν ήρεμα και γαλήνια πάντα ή τον περισσότερο καιρό κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα, καθώς το 2006 ήταν 58%, ενώ το 2010 46%²⁻³.

Σύμφωνα με μελέτη βασισμένη σε δεδομένα δύο συγχρονικών ερευνών που έγιναν στην Ελλάδα το 2006 και το 2011 αντίστοιχα, αξιολογήθηκε η ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας βάσει αυτό-αναφοράς (self-reported frequency of depressive symptoms-SRD) των συμμετεχόντων για τις τελευταίες 4 εβδομάδες πριν τη διεξαγωγή της έρευνας⁴. Το ποσοστό των ανθρώπων που ένιωθαν λυπημένοι ή μελαγχολικοί τις προηγούμενες 4 εβδομάδες ήταν 19,8% και ήταν το ίδιο μεταξύ των δύο ερευνών το 2006 και 2011, κάτι που μπορεί να οφείλεται στο γεγονός πως οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης εμφανίζονται κάποια χρόνια αργότερα από την έναρξή της. Τα άτομα με υψηλότερο εισόδημα και υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο είχαν μειωμένη πιθανότητα να είναι λυπημένοι ή μελαγχολικοί πιο συχνά. Οι άνεργοι συμμετέχοντες σε σύγκριση με τους εργαζόμενους παρουσίασαν αυξημένη πιθανότητα να είναι λυπημένοι ή μελαγχολικοί πιο συχνά. Το ίδιο βρέθηκε να ισχύει και για τις γυναίκες που συμμετείχαν στη μελέτη. Τα άτομα που δεν έπασχαν από κάποιο χρόνιο νόσημα σε σύγκριση με τους χρονίως πάσχοντες είχαν μειωμένη πιθανότητα να είναι λυπημένοι ή μελαγχολικοί πιο συχνά. Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση, οι άγαμοι συμμετέχοντες είχαν, επίσης, μικρότερη πιθανότητα να δηλώσουν καταθλιπτικά συμπτώματα σε σύγκριση με τους παντρεμένους, ενώ για τους χήρους/-ες και διαζευγμένους η πιθανότητα αυτή ήταν αυξημένη. Τέλος, τα άτομα ήταν πιο πιθανό να δηλώσουν πως ένιωθαν λυπημένοι ή μελαγχολικοί το 2011, κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, σε σύγκριση με το 2006.

Μία διαχρονική έρευνα εξέτασε τη συσχέτιση της ανεργίας με την αυτό-αναφερόμενη υγεία και ψυχική υγεία από το 2008 έως το 2013⁵. Τα ευρήματα της μελέτης υποδηλώνουν πως η ανεργία επιφέρει επιδείνωση της υγείας και της ψυχικής υγείας, κυρίως την περίοδο 2010-2013 κατά την οποία η ανεργία ήταν πολύ υψηλότερη σε σύγκριση με την περίοδο 2008-2009⁵. Η υγεία και η ψυχική υγεία των γυναικών βρέθηκε να έχει υποστεί μεγαλύτερη επιδείνωση λόγω της ανεργίας σε σύγκριση με τους άνδρες, τόσο πριν όσο και κατά τη διάρκεια της κρίσης⁵. Διαφαίνεται λοιπόν πως οι ραγδαίες κοινωνικό-οικονομικές αλλαγές μπορούν να βλάψουν τη ψυχική υγεία εκτός κι αν βελτιωθούν μέσω κατάλληλων κοινωνικών πολιτικών⁶. Η χρηματοδότηση, ωστόσο, για την ψυχική υγεία μειώνεται από το 2010⁷.

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων σε 5.000 άτομα, 18-74 ετών, μέσω συνεντεύξεων (Ιούλιος 2009 – Ιανουάριος 2010), βρέθηκε πως τα άτομα που αντιμετώπιζαν αυξημένες οικονομικές δυσκολίες διέτρεχαν 3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν σοβαρή ψυχοπαθολογία⁸. Οι εργαζόμενοι εμφάνιζαν τη χαμηλότερη συχνότητα σοβαρής ψυχοπαθολογίας, ενώ οι άνεργοι διέτρεχαν διπλάσιο κίνδυνο να την εμφανίσουν και ήταν 2,5 φορές πιο πιθανό να έχουν ιδέες αναξιοσύνης για τη ζωή⁸.

Δ4.3. Κατάθλιψη

Όσον αφορά στην επικράτηση της κατάθλιψης στην Ελλάδα, πραγματοποιήθηκε πανελλαδική τηλεφωνική έρευνα δύο φάσεων το 2008 και το 2009, έχοντας ως στόχο τη διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης μεταξύ της οικονομικής κρίσης και του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου (ΜΚΕ)⁹. Ο επιπολασμός του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου κατά τον τελευταίο μήνα, το 2008, ήταν 3,3%, ενώ το 2009 6,8%, που σημαίνει πως αυξήθηκε κατά 2,1 φορές ($p < 0,0001$)⁹. Τα άτομα που είχαν υψηλό βαθμό οικονομικής δυσχέρειας διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο. Και στις δύο φάσεις της έρευνας οι γυναίκες, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, οι χήροι/-ες και οι διαζευγμένοι, τα άτομα με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, αυτοί που ζουν στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας, τα άτομα χαμηλού κοινωνικού-οικονομικού επιπέδου, καθώς και οι άνεργοι εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου κατά τον τελευταίο μήνα, σε σύγκριση με άλλες δημογραφικές ομάδες⁹. Το 2008, 2,4% των συμμετεχόντων με μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, ανέφεραν αυτοκτονικό ιδεασμό, ενώ το 2009 το ποσοστό αυτό ανήλθε στο 5,2%. Το 2008, 0,6% ανέφεραν ότι έκαναν πρόσφατα απόπειρα αυτοκτονίας σε σύγκριση με το 2009 όπου το ποσοστό αυτό ανήλθε στο 1,1%⁹.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σε αντίστοιχη έρευνα το 2011, που ακολουθήθηκε η ίδια μεθοδολογία με τις προηγούμενες, ο επιπολασμός του ΜΚΕ ανήλθε στο 8,2% και η πιθανότητα νόσησης ήταν 2,6 φορές υψηλότερη το 2011 σε σύγκριση με το 2008 (OR=2,6, 95%CI=1,97-3,43)¹⁰. Το 2011 το δείγμα εμφάνιζε, επίσης, υψηλότερο βαθμό οικονομικής δυσχέρειας σε σύγκριση με το 2008. Ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που συσχετίζονται με την κατάθλιψη, στην παρούσα έρευνα βρέθηκε πως τα άτομα νεότερης ηλικίας φάνηκαν πιο επιρρεπή στην κατάθλιψη, πιθανόν λόγω των αυξημένων ποσοστών ανεργίας μεταξύ των νέων το 2011¹⁰. Επίσης, το να είναι κάποιος έγγαμος βρέθηκε να είναι παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση μείζονος κατάθλιψης εν μέσω οικονομικής κρίσης, κάτι που δεν ίσχυε στις προηγούμενες έρευνες¹⁰.

Συγκρίνοντας το 2009 με το 2011, παρατηρείται μία τάση αύξησης του επιπολασμού ενός μήνα της μείζονος κατάθλιψης 20,6% όχι όμως σε στατιστικά σημαντικό βαθμό¹¹. Αναφορικά με τις πληθυσμιακές ομάδες, παρατηρείται πως στα άτομα άνω των 45 ετών, τα άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου και οι άνεργοι εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα νόσησης από μείζονα κατάθλιψη, ενώ στην ηλικιακή κατηγορία 25-44 ετών, τα άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου και οι εργαζόμενοι, από διαταραχή γενικευμένου άγχους¹¹. Οι έγγαμοι εν μέσω της οικονομικής κρίσης, φαίνεται να εμφανίζουν υψηλές πιθανότητες νόσησης και από τις δύο διαταραχές¹¹. Βρέθηκε, επίσης, συσχετισμός της οικονομικής δυσχέρειας με την εμφάνιση της μείζονος κατάθλιψης, αλλά κάτι αντίστοιχο δεν βρέθηκε για τη διαταραχή γενικευμένου άγχους¹¹. Σε αντίστοιχη μελέτη, ο επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης για το 2013 είχε ανέλθει στο 12,3%¹².

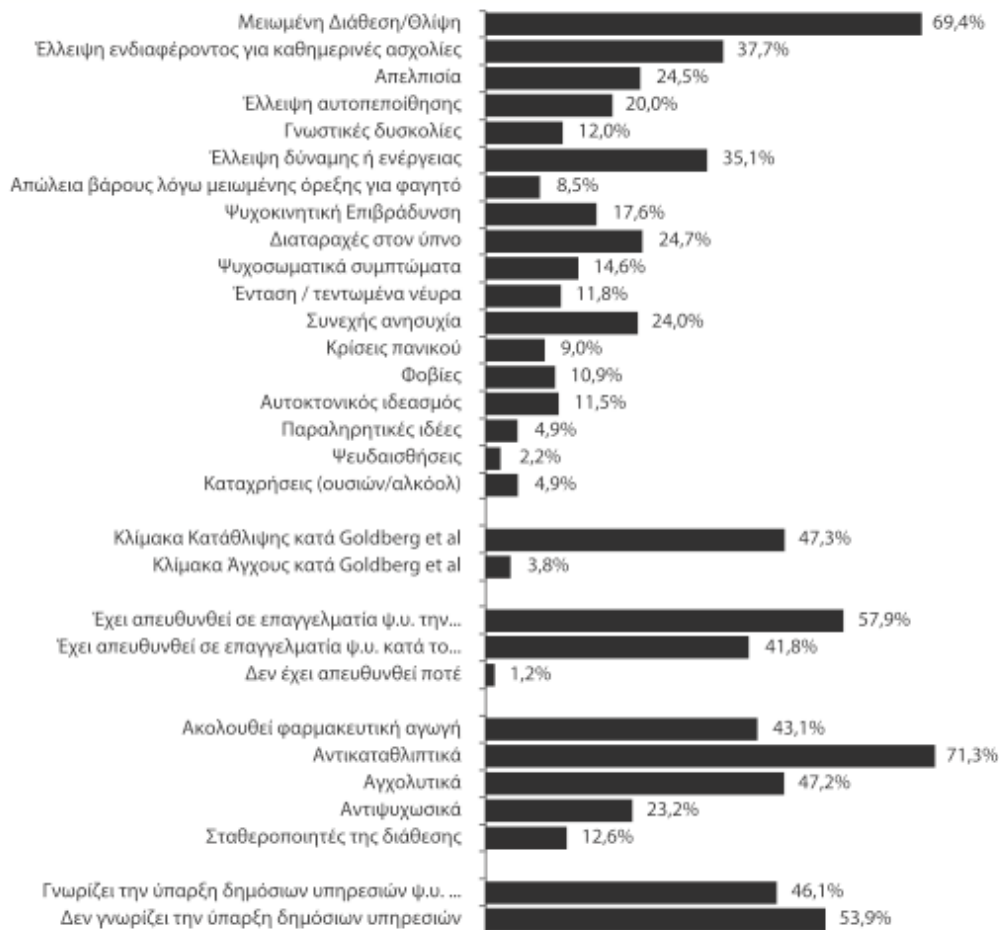
Έρευνα του ΕΠΙΨΥ επεξεργάστηκε το περιεχόμενο των κλήσεων στην Τηλεφωνική Γραμμή Βοήθειας για την Κατάθλιψη από τον Μάιο 2008 έως και τον Ιούνιο 2011 ώστε να διερευνηθεί η παρουσία συσχέτισης της οικονομικής κρίσης και των αιτημάτων για την τηλεφωνική ψυχολογική υποστήριξη¹³. Σε συνολικό δείγμα 7.526 ληφθέντων κλήσεων, 84,7% των καλούντων ανέφεραν ένα τουλάχιστον ψυχοπαθολογικό σύμπτωμα. Ειδικότερα, όπως φαίνεται στο Σχήμα 3, σχεδόν οι μισοί από τους καλούντες παρουσίαζαν καταθλιπτικού τύπου συναίσθημα που περιγράφεται ως έλλειψη διάθεσης, θλίψη και λύπη. Αναφέρεται ακόμα ότι ποσοστό 98,8% των καλούντων που εμφάνιζε κάποιας μορφής ψυχοπαθολογία είχε ήδη απευθυνθεί σε επαγγελματία ψυχικής υγείας είτε τη δεδομένη στιγμή είτε κατά το παρελθόν¹³.

Επίσης, σύμφωνα με τα στοιχεία που συνελέγησαν, το 64,4% των ατόμων που κάλεσαν ήταν γυναίκες, το 37,3% ηλικίας 21-35 ετών, το 46,7% απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, το 61,6% είναι κάτοικοι Αττικής και έγγαμοι 43,4%.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 1: Τα κλινικά συμπτώματα των καλούντων στην τηλεφωνική γραμμή



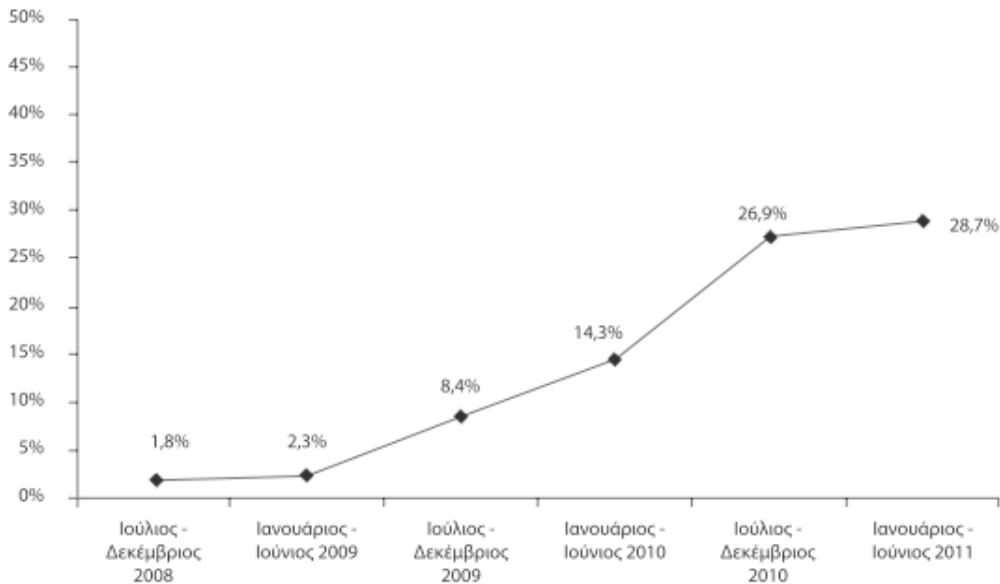
Πηγή: Οικονόμου και συνεργάτες, 2012

Η αναζήτηση της συσχέτισης της οικονομικής κρίσης με τα συμπτώματα των καλούντων κατέδειξε, όπως φαίνεται και στο Σχήμα 2, ότι η κρίση προοδευτικά απασχολούσε ολοένα και μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού. Ειδικότερα, καταγράφηκε μεγάλη και απότομη αύξηση στον αριθμό των τηλεφωνημάτων κατά το α' εξάμηνο του 2010 (από 14.5% σε 26.9%)¹³.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 2: Ποσοστό ληφθέντων τηλεφωνημάτων με άμεση ή έμμεση αναφορά στην οικονομική κρίση



Πηγή: Οικονόμου και συνεργάτες, 2012

Από τα στοιχεία της ίδιας μελέτης, προκύπτει ότι οι περισσότεροι που τηλεφωνούν για βοήθεια εκφράζουν άγχος για το μέλλον, χαμηλό βιοτικό επίπεδο, έλλειψη επαγγελματικών προοπτικών, αδυναμία ανταπόκρισης σε οικονομικές υποχρεώσεις, εργασιακή αβεβαιότητα και ανασφάλεια, αδυναμία εύρεσης εργασίας ή ανεργία. Μάλιστα, έξι στους 10 που απευθύνθηκαν για στήριξη στην τηλεφωνική γραμμή, δήλωσαν ότι δεν έχουν δουλειά, ενώ αιτία για το 17,7% αυτών που δεν μπορούν να βρουν, είναι η γενικότερη ανεργία που υπάρχει στη χώρα¹³. Επίσης, σύμφωνα με τα στοιχεία, οι ψυχολογικές επιπτώσεις της κρίσης χτυπούν περισσότερο τις παραγωγικές ηλικίες (36-50 ετών), δηλαδή άτομα στα οποία στηρίζεται ο κοινωνικός ιστός της χώρας. Όμως και οι νεότεροι (21-35 ετών) δεν περνούν την κρίση αλώβητα, καθώς βλέπουν με

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

έντονο άγχος και στρες την έλλειψη επαγγελματικών προοπτικών και το «αύριο» στην Ελλάδα¹³.

Παράγραφος με τους προστατευτικούς παράγοντες, τόσο η διαπροσωπική όσο και η θεσμική εμπιστοσύνη, που περιλαμβάνονται στην έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου, βρέθηκαν να λειτουργούν προστατευτικά προς την παρουσία της μείζονος κατάθλιψης αλλά όχι και της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής για τους ανθρώπους με χαμηλό δείκτη οικονομικής δυσχέρειας¹⁴. Για τους ανθρώπους, ωστόσο, που βιώνουν υψηλό δείκτη οικονομικής δυσχέρειας, η διαπροσωπική και η θεσμική εμπιστοσύνη δεν φάνηκε να συσχετίζεται με την παρουσία καμίας εκ των δύο διαταραχών¹⁴.

Τα άτομα που ανέφεραν αυτοκτονικό ιδεασμό το 2009, ήταν 5,2% και ανήλθαν στο 6,7% το 2011 ($p=0,04$), με σημαντική αύξηση να παρατηρείται στους άνδρες με 4,4% και 7,1% για τα αντίστοιχα έτη ($p=0,0011$) και στους συμμετέχοντες 55-64 ετών (1,9% και 7,2% αντίστοιχα, $p=0,0011$)¹⁵. Βασικοί προβλεπτικοί παράγοντες αυτοκτονικού ιδεασμού, το 2011, ήταν η παρουσία μείζονος κατάθλιψης κατά τον προηγούμενο μήνα, η οικονομική δυσχέρεια, το ιστορικό προηγούμενων αποπειρών αυτοκτονίας, το φύλο (άνδρες) και η οικογενειακή κατάσταση (έγγαμοι)¹⁵. Σημειώθηκε, επίσης, αύξηση 36% των ατόμων που δήλωσαν ότι έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας κατά το μήνα πριν την διεξαγωγή της έρευνας από 1,1% το 2009 σε 1,5% το 2011¹⁶⁻¹⁷. Επίσης, ένα σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ατόμων με υψηλό δείκτη οικονομικής δυσχέρειας είχαν κάνει απόπειρα σε σύγκριση με αυτούς που είχαν χαμηλό δείκτη (10% και 0,6% αντίστοιχα, $p<0,001$) και παρουσίαζαν σε μεγαλύτερο ποσοστό αυτοκτονικό ιδεασμό κατά τον μήνα πριν την έρευνα (21,2% και 7,4% αντίστοιχα, $p<0,001$)¹⁶⁻¹⁷.

Τα υψηλά ποσοστά κατάθλιψης στη χώρα μας φαίνεται να επιβεβαιώνονται και από πιο πρόσφατες μελέτες που διερεύνησαν το φαινόμενο. Σύμφωνα με την Εθνική Μελέτη Νοσηρότητας και Παραγόντων Κινδύνου (Ε.ΜΕ.ΝΟ), που πραγματοποίησε το 2014, η Ιατρική Σχολή σε συνεργασία με όλες τις Ιατρικές Σχολές των Ελληνικών Πανεπιστημίων και το Πάντειο Πανεπιστήμιο, και στην οποία συμμετείχε τυχαίο πανελλαδικό δείγμα 5.000 ατόμων, 18 ετών και άνω, βρέθηκε πως το ποσοστό των ατόμων με συμπτώματα άγχους ανήλθε στο 24% και κατάθλιψης στο 16%, τα οποία είναι ανησυχητικά υψηλά και, σύμφωνα με τους ερευνητές, ενδεικτικά μεγάλης και συνεχούς διαχρονικής αύξησης¹⁸. Επίσης, στο πλαίσιο της μελέτης, επιβεβαιώθηκε η συσχέτιση του άγχους και της κατάθλιψης με την ανεργία¹⁸.

Το Ελληνικό Ίδρυμα Υγείας (Ε.Ι.Υ.) σε συνεργασία με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων του Υπουργείου Υγείας (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ) διεξήγαγε κατά, την περίοδο 2013-2014, το πρόγραμμα με τίτλο «ΥΔΡΙΑ: Πρόγραμμα και στοχευόμενη δράση για την υγεία και τη διατροφή

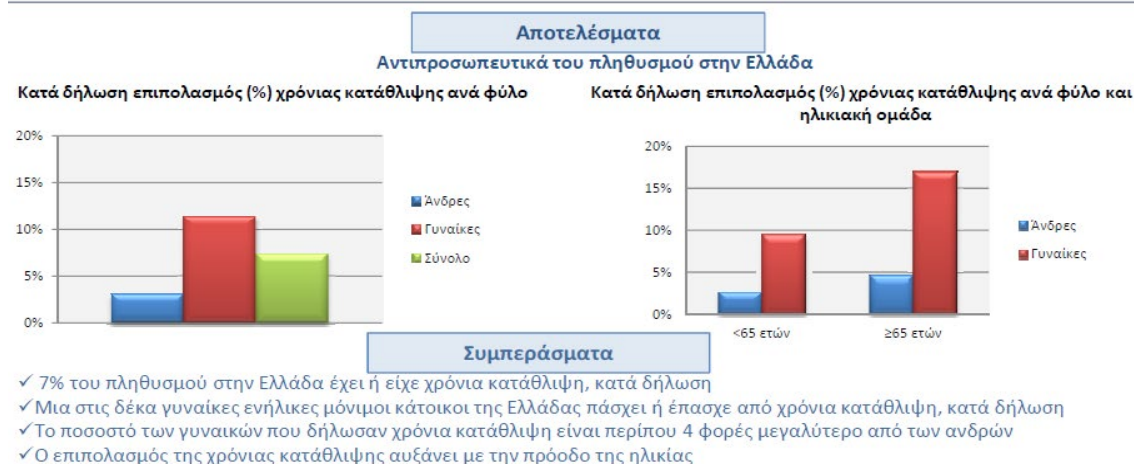
του Ελληνικού πληθυσμού: ανάπτυξη και εφαρμογή μεθοδολογίας και Αποτύπωση»¹⁹. Πρόκειται για ένα πανελλαδικό πρόγραμμα, το οποίο εξέτασε με προτυποποιημένες διαδικασίες την υγεία και τη διατροφή του πληθυσμού στην Ελλάδα και στο οποίο συμμετείχε τυχαίο δείγμα 4.011 ατόμων 18 ετών και άνω από όλη την Ελλάδα. Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης, το 7% του πληθυσμού δήλωσε πως έχει ή είχε χρόνια κατάθλιψη, μία στις δέκα γυναίκες δήλωσε πως πάσχει ή έπασχε από χρόνια κατάθλιψη, ενώ το ποσοστό των γυναικών που δήλωσαν ότι πάσχουν από χρόνια κατάθλιψη είναι 4 φορές μεγαλύτερο από αυτό των ανδρών. Τέλος, βρέθηκε πως ο επιπολασμός της χρόνιας κατάθλιψης αυξάνει με την αύξηση της ηλικίας (Σχήμα 3)¹⁹.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 3: Δείκτες υγείας αντιπροσωπευτικού δείγματος του πληθυσμού στην Ελλάδα, ΥΔΡΙΑ-χρόνια κατάθλιψη

Στο πλαίσιο του προγράμματος ΥΔΡΙΑ οι συμμετέχοντες καλούνταν να συμπληρώσουν ερωτηματολόγιο με κατά πρόσωπο συνέντευξη και απαντούσαν εάν νοσούν ή έχουν νοσήσει από χρόνια κατάθλιψη τους τελευταίους 12 μήνες ή παλαιότερα και αν έχει γίνει διάγνωση από ιατρό.



Πηγή: Πρόγραμμα ΥΔΡΙΑ, 2014

Η αύξηση του επιπολασμού της κατάθλιψης με την αύξηση της ηλικίας, επιβεβαιώθηκε και από τα ευρήματα της δειγματοληπτικής Έρευνας Υγείας έτους 2014 (Πίνακας 2), που πραγματοποίησε η Ελληνική Στατιστική Αρχή με τη συμμετοχή ατόμων 15 ετών και άνω και στην οποία συμπεριελήφθησαν και ερωτήματα που αποσκοπούσαν στην καταγραφή του επιπολασμού και της σοβαρότητας των ψυχικών νόσων και κυρίως της κατάθλιψης²⁰.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Πίνακας 2: Επιπολασμός κατάθλιψης: ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού που πάσχει κάθε ομάδας ηλικιών, 2014

Κατάθλιψη%	ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ						
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
	1.7	2.0	3.4	3.8	5.2	8.1	10.2

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

Οι καταστάσεις που καταγράφηκαν στο πλαίσιο της έρευνας, παρέχουν στους ειδικούς, σαφή εικόνα της ψυχολογικής κατάστασης του πληθυσμού κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων πριν την ημερομηνία διεξαγωγής της έρευνας²⁰.

Κατάθλιψη δήλωσε το 4,7% του πληθυσμού, ποσοστό αυξημένο κατά 80,8% σε σχέση με το ποσοστό του 2009 (2,6%), εκ των οποίων οι 3 στους 10 ήταν άνδρες (32,8%) και οι 7 γυναίκες (67,2%). Από την έρευνα βρέθηκε, επίσης, πως το 7,6% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω, πάσχει από αγχώδεις διαταραχές και το 1,7% από άλλες ψυχικές διαταραχές²⁰.

Το 92,8% του συνολικού πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω απάντησε με σαφήνεια, χωρίς δηλαδή να δώσει απαντήσεις «δεν γνωρίζω»/ «δεν είμαι σίγουρος-η»/ «δεν απαντώ», σε όλα τα υποερωτήματα της ενότητας της ψυχικής υγείας. Από αυτούς το 62,2% απάντησε αρνητικά σε όλα τα υποερωτήματα της ενότητας, ενώ το 37,8% δήλωσε ότι βίωσε τουλάχιστον ένα από τα «αρνητικά» συναισθήματα / καταστάσεις σε συχνότητα: «αρκετές ημέρες», «περισσότερες από τις μισές ημέρες» ή «σχεδόν κάθε ημέρα», κατά τις δύο τελευταίες εβδομάδες πριν τη διενέργεια της έρευνας²⁰.

Το 4,7% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω, κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου προ της διενέργειας της έρευνας, επισκέφθηκε ψυχίατρο ή ψυχολόγο για πρόβλημα υγείας που αντιμετώπιζε, εκ των οποίων το 3,2% ήταν άνδρες και το 6,0% ήταν γυναίκες²⁰.

Σχετικά με τον αυτοκτονικό ιδεασμό και τη συχνότητα εμφάνισής του, βρέθηκε πως το 3,4% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω, απάντησε με σαφήνεια στο υποερώτημα της ψυχικής υγείας για την ύπαρξη «σκέψεων ότι θα ήταν καλύτερα να μη ζει ή να βλάψει τον εαυτό του» κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες πριν τη διεξαγωγή της έρευνας²⁰.

Δ4.4 Αυτοκτονίες

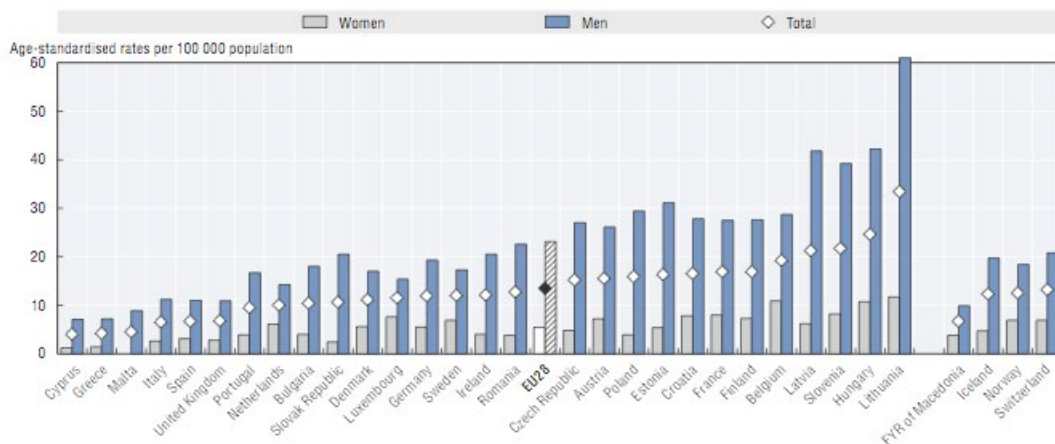
Τα τελευταία χρόνια, στη χώρα μας, έχει υπάρξει μεγάλη ανησυχία για την αύξηση των αυτοκτονιών και των αποπειρών αυτοκτονίας με πολλούς ερευνητές να αναφέρονται σε ποικίλα στοιχεία που συγκλίνουν προς αυτή την κατεύθυνση. Πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης, η Ελλάδα είχε από τα χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, τα οποία ανέρχονταν στο 2,9/100.000 κατοίκους, κάτι που μπορεί να οφειλόταν όμως και στη μειωμένη αναφορά και καταγραφή των περιστατικών²¹.

Όπως φαίνεται και από πιο πρόσφατα δεδομένα του ΟΟΣΑ στο Σχήμα 4, η Ελλάδα μαζί με άλλες χώρες της Νοτίου Ευρώπης (Κύπρος, Μάλτα, Πορτογαλία) καταγράφεται μεταξύ των χωρών με τους χαμηλότερους αριθμούς αυτοκτονιών στην Έκθεση του ΟΟΣΑ²². Ο αριθμός των αυτόχειρων αντρών είναι σχεδόν τετραπλάσιος από τις αυτόχειρες γυναίκες, γεγονός που παρατηρείται και σε πολλές άλλες ευρωπαϊκές χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Μ. Βρετανία, Βουλγαρία, Ιρλανδία, Ρουμανία, κ.λπ.)²².

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 4: Προτυποποιημένο ποσοστό κατά ηλικία των αυτοκτονιών ανά 100.000 πληθυσμού στις 28 χώρες του ΟΟΣΑ.



Source: Eurostat Statistics Database.

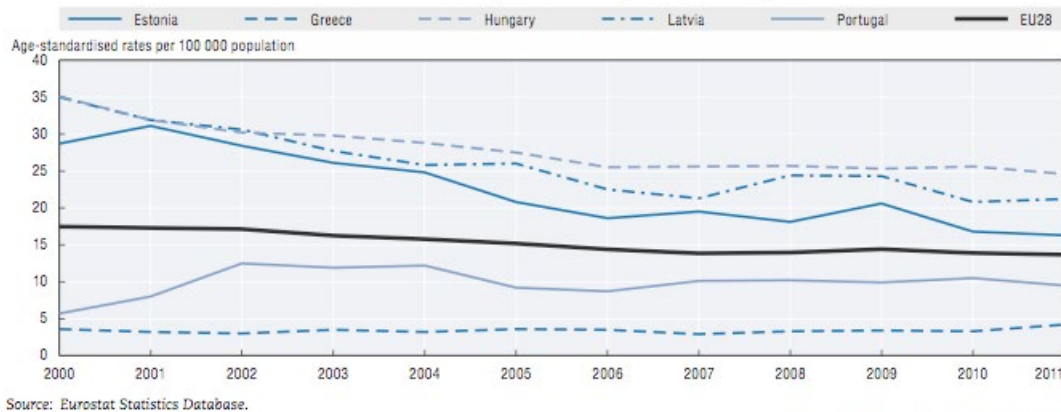
Πηγή: ΟΟΣΑ, 2014

Παρατηρώντας το Σχήμα 5, όπου καταγράφεται η διακύμανση των ποσοστών αυτοκτονιών προτυποποιημένων κατά ηλικία για την περίοδο 2000-2011, διαπιστώνουμε ότι, η Ελλάδα παρουσιάζει σταθερό αριθμό αυτόχειρων μέχρι το έτος 2008, και μόνον κατά τα έτη 2008-2011, παρατηρείται αύξηση του ποσοστού αυτοκτονιών κατά 27%, γεγονός που μπορεί να συσχετιστεί με την είσοδο της χώρας στην περίοδο της οικονομικής κρίσης²².

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 5: Ποσοστά αυτοκτονιών προτυποποιημένων κατά ηλικία (2000-2011)



Πηγή: ΟΟΣΑ, 2014

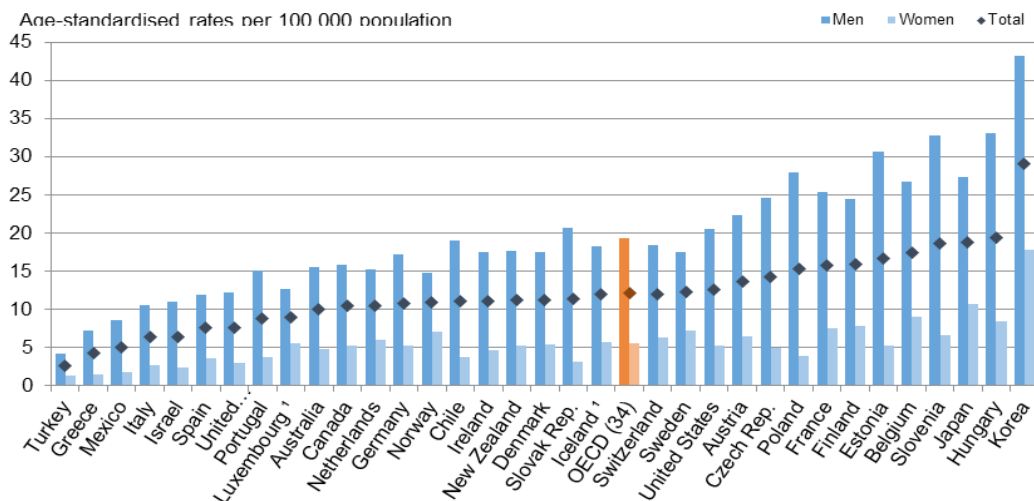
Τα διαχρονικά χαμηλά ποσοστά αυτοκτονιών στη χώρα μας σε σύγκριση με άλλες χώρες, επιβεβαιώνονται και από πιο πρόσφατα στοιχεία του ΟΟΣΑ. Σύμφωνα με την έκθεση Health at a Glance του 2015, το προτυποποιημένο κατά ηλικία ποσοστό αυτοκτονιών ανά 100.000 πληθυσμού για την Ελλάδα, το έτος 2013 ήταν 4,2, ενώ ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ ήταν 12,0 (Σχήμα 6)²³.

Σε μία διαχρονική σύγκριση, από το 1990 έως το 2012, των προτυποποιημένων κατά ηλικία ποσοστών αυτοκτονιών ανά 100.000 πληθυσμού μεταξύ επιλεγμένων χωρών του ΟΟΣΑ, παρατηρείται πως τα ποσοστά για τη χώρα μας ήταν σημαντικά χαμηλότερα κατά τη διάρκεια αυτών των ετών σε σχέση με αυτά των συγκρινόμενων χωρών (Εσθονία, Φινλανδία, Ουγγαρία) καθώς και του μέσου όρου του ΟΟΣΑ (Σχήμα 7)²³.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

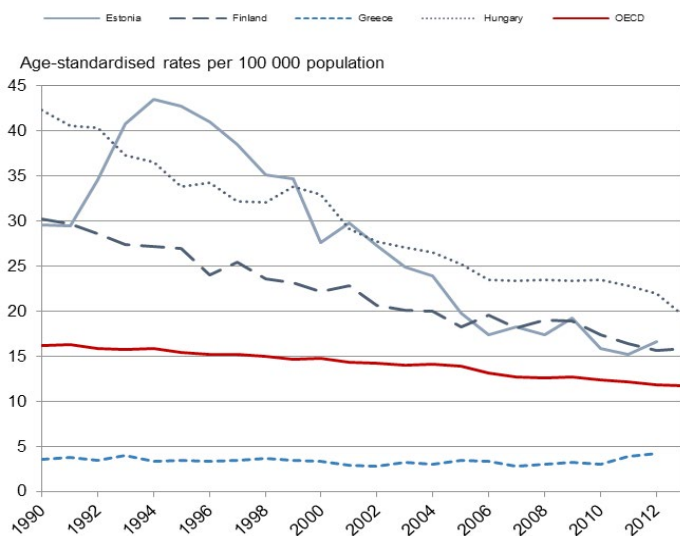
ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 6: Προτυποποιημένα κατά ηλικία ποσοστά αυτοκτονιών στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2013 (ή πιο πρόσφατο έτος)



Πηγή: ΟΟΣΑ, 2015

Σχήμα 7: Διαχρονικές τάσεις στα προτυποποιημένα κατά ηλικία ποσοστά αυτοκτονιών σε επιλεγμένες χώρες του ΟΟΣΑ



Πηγή: ΟΟΣΑ, 2015

Σύμφωνα με στοιχεία του Global Health Observatory data repository του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, για το έτος 2012, τα προτυποποιημένα κατά ηλικία ποσοστά αυτοκτονιών ανά 100.000 πληθυσμού στη χώρα μας ήταν 3,8 και για τα δύο φύλα, ενώ ξεχωριστά για τους άνδρες και τις γυναίκες ήταν 6,3 και 1,3 αντίστοιχα²⁴.

Στην Ελλάδα, έχουν πραγματοποιηθεί και πλείστες έρευνες τα τελευταία χρόνια, από τις οποίες διαφαίνεται αύξηση των ποσοστών των αυτοκτονιών κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Σε μία από αυτές τις μελέτες υπολογίστηκαν τα ποσοστά αυτοκτονιών στην Ελλάδα σε σχέση με το φύλο και την ηλικία για την περίοδο 2003 έως 2010 χρησιμοποιώντας, ως βάση, δεδομένα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής²⁵. Εντός της υπό μελέτη χρονικής περιόδου, μελετήθηκαν τα διαστήματα 2003-2010 προ της κρίσης και 2011-2012 κατά τη διάρκεια της κρίσης. Χρησιμοποιώντας μοντέλα παλινδρόμησης, οι ερευνητές αξιολόγησαν την πιθανή συσχέτιση μεταξύ της ανεργίας, του ΑΕΠ και των ποσοστών αυτοκτονίας βάσει φύλου και ηλικίας²⁵. Το μέσο ποσοστό των αυτοκτονιών αυξήθηκε συνολικά κατά 35% μεταξύ 2010 και 2012, από 3,37 σε 4,56/100.000 κατοίκους. Το ποσοστό θνησιμότητας από αυτοκτονία για τους άνδρες αυξήθηκε από 5,75 (2003-2010) σε 7,43/100.000 (2011-2012) ($p < 0,01$)²⁵. Αύξηση σημειώθηκε και για τις γυναίκες, αν και δεν ήταν τόσο αξιοσημείωτη, από 1,17 σε 1,55 ($p < 0,03$). Αναφορικά με τις ηλικιακές κατηγορίες, η θνησιμότητα από αυτοκτονίες αυξήθηκε και στα δύο φύλα, για τις ηλικίες 20-59 ετών και άνω των 60 ετών²⁵. Επιπροσθέτως, από τη μελέτη προέκυψε πως κάθε επιπρόσθετη ποσοστιαία μονάδα ανεργίας συσχετιζόταν με 0,19/100.000 κατοίκους αύξηση στις αυτοκτονίες μεταξύ των ανδρών σε ηλικία εργασίας. Οι ερευνητές αναφέρουν, ωστόσο, πως χρειάζεται περαιτέρω μελέτη για να διερευνηθούν οι μηχανισμοί μέσω των οποίων η λιτότητα επιδρά στην αύξηση των αυτοκτονιών²⁵.

Σε άλλη έρευνα που αφορούσε τη διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ των δεικτών αυτοκτονίας (αυτοκτονίες/100.000 κάτοικοι) και τον αριθμό των ειδικών ψυχικής υγείας, των δημόσιων δομών ψυχικής υγείας και των ειδικών παροχής πρωτοβάθμιας υγείας, την περίοδο 2002 έως 2009, βρέθηκε πως οι άνδρες είχαν συστηματικά υψηλότερους δείκτες αυτοκτονιών σε σχέση με τις γυναίκες ($U = 7,20$, $p < 0,001$)²⁶. Για την υπό μελέτη περίοδο, ο δείκτης για τους άνδρες ήταν 2,60 και για τις γυναίκες 0,67. Από την έρευνα προέκυψε, επίσης, πως ο αυξημένος αριθμός αυτοκτονιών κατά το έτος 2009 αφορούσε και τα δύο φύλα²⁶. Τέλος, βρέθηκε πως οι δείκτες αυτοκτονίας συσχετιζόνταν αντίστροφα με τον αριθμό ειδικών ψυχικής υγείας, με τον αριθμό των ειδικών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και με τον αριθμό των δημόσιων δομών ψυχικής υγείας²⁶.

Αντίστοιχη μελέτη διερεύνησε κατά πόσο δύο ισχυροί οικονομικοί

δείκτες, το ποσοστό της ανεργίας και η μεταβολή του μέσου εισοδήματος κατά την τελευταία 20ετία, συσχετίζονται με μία σειρά δεικτών ψυχικής υγείας, οι οποίοι ήταν οι εισαγωγές σε ψυχιατρική κλινική, οι επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία και επείγοντα ψυχιατρικών κλινικών, οι αυτοκτονίες, οι ανθρωποκτονίες, η θνησιμότητα και τα διαζύγια κατά την τελευταία 10ετία²⁷. Σημαντική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ του ποσοστού ανεργίας και των επισκέψεων στα Εξωτερικά Ιατρεία ($R^2=0,40$, $p=0,001$) και στο Τμήμα Επειγόντων ($R^2=0,49$, $p=0,0002$) του Αιγινητίου Νοσοκομείου, ενώ το μέσο εισόδημα φάνηκε, επίσης, να συσχετίζεται θετικά με επισκέψεις στα Εξωτερικά Ιατρεία ($R^2=0,45$, $p<0,001$) και τα Επείγοντα του νοσοκομείου ($R^2=0,37$, $p=0,004$)²⁷. Οι ερευνητές αναφέρουν πως τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν πως η χρήση υπηρεσιών υγείας του Αιγινητίου φάνηκε να συσχετίζεται όχι μόνο με αρνητικούς οικονομικούς δείκτες, όπως είναι η ανεργία, αλλά και με θετικούς, όπως η αύξηση του εισοδήματος. Η πιθανή ερμηνεία είναι πως, δεδομένου ότι το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξε ότι οι δύο οικονομικοί δείκτες σχετίζονται ανεξάρτητα ο ένας από τον άλλο με τους υπό μελέτη δείκτες ψυχικής υγείας, η ανεργία και το μέσο εισόδημα επιδρούν σε διαφορετικά τμήματα του πληθυσμού και αντανακλούν τα διαφορετικά αίτια που μπορεί να τους ωθούν στη χρήση των συγκεκριμένων υπηρεσιών²⁷. Σημαντική αρνητική συσχέτιση προέκυψε και μεταξύ του μέσου εισοδήματος και του ποσοστού αυτοκτονιών ($R^2=0,37$, $p=0,007$) κάτι που σημαίνει πως η μείωση του μέσου εισοδήματος συσχετίστηκε με αύξηση του αριθμού των αυτοκτονιών, ενώ αντίστοιχα η αύξησή του συνοδεύεται από μείωση των θανάτων από αυτοκτονία στην ηλικιακή ομάδα 15 έως 70 ετών²⁷. Η ανεργία, ωστόσο, δεν φάνηκε να συσχετίζεται στην παρούσα έρευνα με τον αριθμό των αυτοκτονιών αλλά με αυτόν των ανθρωποκτονιών. Η μη εύρεση συσχέτισης της ανεργίας με τις αυτοκτονίες πιθανόν να οφείλεται, σύμφωνα με τους ερευνητές, στις βραχυπρόθεσμες ακόμη συνέπειες της κρίσης καθώς και στην παρουσία παραδοσιακών δομών κοινωνικής μέριμνας²⁷.

Αναφορικά με τις απόπειρες αυτοκτονίας, μία αναδρομικού τύπου έρευνα είχε ως στόχο να μελετήσει κατά πόσο υπήρξε αύξηση αυτών και την πιθανή διαφοροποίηση των κοινωνικό-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των αποπειραθέντων σε περίοδο οικονομικής κρίσης, εξετάζοντας τους φακέλους ασθενών που νοσηλεύτηκαν μετά από απόπειρα στις παθολογικές κλινικές του Γενικού Νοσοκομείου «Η Σωτηρία» το 2007 και το 2011²⁸. Οι απόπειρες ανήλθαν στις 70 το 2007 (μέσος όρος ηλικίας: 36,9 έτη, 71% γυναίκες) και 95 το 2011 (μέσος όρος ηλικίας: 41,0 έτη, 65% γυναίκες) καταγράφοντας αύξηση της τάξεως του 35,71%. (28) Δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ετών όσον αφορά στην ηλικία και στο φύλο. Σημαντική στατιστική αύξηση, ωστόσο, βρέθηκε για τους ανέργους ($p=0,004$) και τους έγγαμους, χήρους/-ες και διαζευγμένους ($p=0,02$) μεταξύ των αποπειραθέντων²⁸.

Σύμφωνα με μία άλλη αναδρομική εργασία από την Α΄ Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών κατά τη δεκαετία 2001-2011, καταγράφηκαν συνολικά 4.133 αυτοκτονίες στην Ελλάδα²⁹. Οι αυτόχειρες άντρες ήταν 3.423 (82,8%), ενώ οι γυναίκες 710 (17,2%). Οι θάνατοι από αυτοκτονία ήταν μόνον 0.35% του συνόλου των θανάτων στην Ελλάδα εκείνη την περίοδο²⁹.

Στον πίνακα 3 εμφανίζεται ο γενικός πληθυσμός της Ελλάδας, ο απόλυτος αριθμός αυτοκτονιών, τα ειδικά ποσοστά αυτοκτονιών ανά φύλο (δηλ. ο αριθμός αυτοκτονιών ανά 100.000 κατοίκους) και η αναλογία αυτόχειρων αντρών/γυναικών για τη δεκαετία 2001-2011²⁹.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Πίνακας 3: Απόλυτος αριθμός αυτοκτονιών και ειδικά ποσοστά αυτοκτονιών ανά φύλο

Year	General population	Total suicides		Male suicides		Female suicides		M:F Ratio
		N	SSR	N	SSR	N	SSR	
2001	10,931,206	334	3.05	286	5.28	48	0.87	6.08
2002	10,968,708	323	2.94	257	4.72	66	1.19	3.97
2003	11,006,377	375	3.40	306	5.61	69	1.24	4.52
2004	11,040,650	353	3.19	285	5.20	68	1.22	4.28
2005	11,082,751	400	3.60	321	5.84	79	1.41	4.14
2006	11,125,179	402	3.61	330	5.98	72	1.28	4.67
2007	11,171,740	328	2.93	268	4.83	60	1.06	4.55
2008	11,213,785	373	3.32	308	5.53	65	1.15	4.83
2009	11,260,402	391	3.47	333	5.96	58	1.02	5.85
2010	11,305,118	377	3.33	336	6.00	41	0.72	8.36
2011	11,309,885	477	4.22	393	7.02	84	1.47	4.77

Πηγή: Kontaxakis et al., 2013

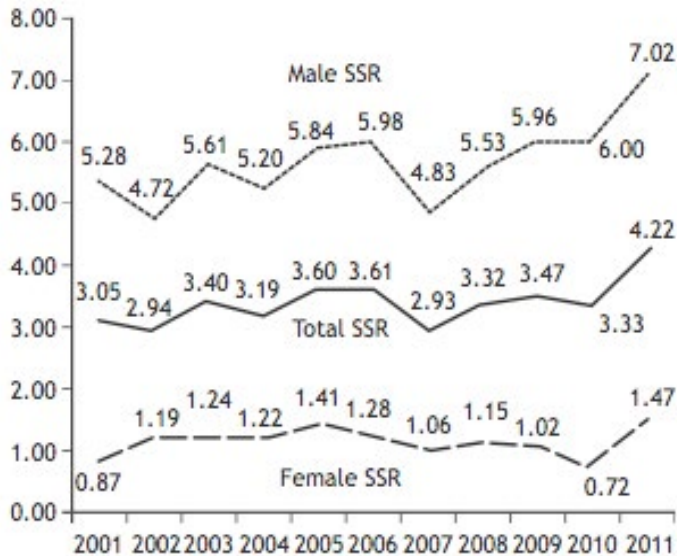
Κατά την περίοδο 2001-2007, δηλαδή προ της οικονομική κρίσης, το συνολικό ειδικό ποσοστό αυτοκτονιών (Specific Suicide Rate –SSR) μειώθηκε κατά 3.9%²⁹. Στους άντρες, το ποσοστό μειώθηκε κατά 8,4%, ενώ στις γυναίκες αυξήθηκε κατά 22,3% (Σχήμα 8). Κατά την περίοδο της κρίσης 2008-2011, το συνολικό ειδικό ποσοστό αυτοκτονιών αυξήθηκε κατά 27,2%. Ειδικότερα, στους άντρες αυξήθηκε κατά 26,9%, ενώ στις γυναίκες κατά 28,5%²⁹. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων κατέδειξε ότι το ειδικό ποσοστό αυτοκτονιών ήταν: α) στατιστικώς σημαντικά αυξημένο στην ηλικιακή ομάδα 50-54 ετών, β) σημαντικά μειωμένο στους άντρες ηλικίας 60-64 ετών και γ) σταθερό σε όλες τις ηλικιακές ομάδες των γυναικών, παρότι ο αριθμός των αυτόχειρων γυναικών διπλασιάστηκε²⁹.

Από την ίδια μελέτη, επισημαίνεται ότι ο απόλυτος αριθμός αυτοκτονιών κατά το έτος 2011 ήταν 477 (SSR=4,22) και ο αριθμός των αρρένων αυτόχειρων 393 (SSR=7,02), που αποτελούν τους μεγαλύτερους αριθμούς αυτοκτονιών που καταγράφηκαν στην Ελλάδα κατά τις τελευταίες δεκαετίες²⁹. Αναφέρεται, επίσης, ότι στην ευρύτερη περιοχή της Αττικής (όπου είναι το μεγαλύτερο αστικό κέντρο της χώρας), ο αριθμός των αυτοκτονιών κατά τη διάρκεια της κρίσης αυξήθηκε από 111 (SSR=2,73) σε 172 (SSR=4,18), ο μεγαλύτερος αριθμός που καταγράφηκε την τελευταία δεκαετία. Ουσιαστικά, κατά την περίοδο της κρίσης, οι αυτοκτονικές συμπεριφορές αυξήθηκαν κατά 53% στην περιοχή της Αθήνας²⁹.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 8: Ειδικά ποσοστά αυτοκτονιών πληθυσμού (έτη 2001-2011)



Πηγή: Kontaxakis et al., 2013

Μία άλλη μελέτη είχε ως στόχο την ανάλυση χρονοσειρών 30 ετών, από 1 Ιανουαρίου 1983 έως τις 31 Δεκεμβρίου 2012, για να διερευνηθούν οι επιπτώσεις γεγονότων σχετικών με την λιτότητα και γεγονότων σχετικών με την ευημερία στις αυτοκτονίες στην Ελλάδα³⁰. Οι ερευνητές αναγνώρισαν 12 παρεμβαλόμενα γεγονότα που συνέβησαν αυτό το διάστημα και θα μπορούσαν να έχουν επηρεάσει τις αυτοκτονίες σε μηνιαία βάση, τέσσερα από αυτά ήταν σχετικά με την ευημερία και οκτώ με τη λιτότητα. Σύμφωνα με τα ευρήματα που προέκυψαν από τη μελέτη, κατά τη διάρκεια των υπό μελέτη 30 ετών, οι μήνες με τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών ήταν το 2012. Τον Ιούνιο του 2011, η υιοθέτηση νέων μέτρων λιτότητας σηματοδότησε την έναρξη μίας σημαντικής και απότομης αύξησης στο σύνολο των αυτοκτονιών (+35,7%, $p < 0,001$) και στις αυτοκτονίες ανδρών (+18,55%, $p < 0,01$). Αυτή η απότομη αύξηση βρέθηκε και για τον Ιούνιο του 2011 (+20,5%, $p < 0,001$)³⁰. Οι αυτοκτονίες στους άνδρες παρουσίασαν ραγδαία άνοδο στην Ελλάδα και τον Οκτώβριο του 2008 κατά την έναρξη της οικονομικής κρίσης (+13,1%, $p < 0,01$), καθώς και μία απότομη αλλά προσωρινή αύξηση τον Απρίλιο του 2012 (+29,7%, $p < 0,05$). Οι αυτοκτονίες των γυναικών παρουσίασαν, επίσης, απότομη αύξηση το Μάιο του 2011 μετά από γεγονότα σχετιζόμενα με τη λιτότητα που έλαβαν χώρα (+35,8%, $p < 0,005$)³⁰. Ένα γεγονός σχετιζόμενο με την ευημερία, που ήταν η υιοθέτηση του ευρώ στην Ελλάδα, σηματοδότησε μία σημαντική αλλά προσωρινή μείωση των αυτοκτονιών στους άνδρες (-27,1%, $p < 0,05$)³⁰. Σύμφωνα με άλλη έρευνα βρέθηκε πως η δημοσιονομική λιτότητα (μειώσεις στις δημόσιες δαπάνες), τα υψηλότερα ποσοστά ανεργίας και η αρνητική οικονομική ανάπτυξη οδηγούν σε σημαντική αύξηση των συνολικών ποσοστών αυτοκτονιών στην Ελλάδα³¹. Οι συνέπειες της δημοσιονομικής λιτότητας

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

και της αρνητικής οικονομικής ανάπτυξης σχετίζονται με το φύλο, καθώς αυξάνουν σημαντικά τα ποσοστά αυτοκτονιών των ανδρών, ενώ η δημοσιονομική λιτότητα σχετίζεται και με την ηλικία, γιατί επηρεάζει κυρίως τα άτομα που είναι 45 έως 89 ετών³¹.

Σχετικά με τα ποσοστά θνησιμότητας από αυτοκτονίες, άλλοι ερευνητές αναφέρουν αύξηση κατά 16,2% από το 2007 έως το 2009 (από 2,6 σε 3,02/100.000 κατοίκους)³², ενώ άλλοι υποστηρίζουν πως αυξήθηκαν κατά 17% για την ίδια χρονική περίοδο³³. Σύμφωνα με δεδομένα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, μελετητές σημειώνουν αύξηση της τάξεως του 19% των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών πανελλαδικά από το 2007 έως το 2009³⁴ και αύξηση του μέσου ποσοστού αυτοκτονιών για τους άνδρες κατά 18% για την περίοδο 2009-2011 σε σύγκριση με την περίοδο 2006-2008³⁵. Σε άλλες έρευνες πάλι, αναφέρεται αύξηση 20% μεταξύ 2007 και 2010 του ποσοστού θνησιμότητας από αυτοκτονία στους άνδρες κάτω των 65 ετών ακολουθώντας τη σημαντική αύξηση της ανεργίας στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα³⁶. Η αύξηση αυτή συνάδει με τις τάσεις που παρατηρούνται και σε ευρωπαϊκό επίπεδο όπου, επίσης, αυξάνονται τα ποσοστά αυτοκτονιών, κυρίως στα κράτη που πλήττονται περισσότερο από απότομη αύξηση της οικονομικής ανασφάλειας³⁷.

Εκτός όλων των ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με τα ποσοστά αυτοκτονιών στην Ελλάδα, η Ελληνική Στατιστική Αρχή εξέδωσε πρόσφατα εκθέσεις για τα αίτια θανάτου για το 2012 και 2013, στις οποίες συμπεριλαμβάνονταν και οι αυτοκτονίες. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:³⁸⁻³⁹

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Πίνακας 4: Θάνατοι από αυτοκτονίες για τα έτη 2000 και 2008 – 2013

ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Αυτοκτονίες	382	373	391	377	477	508	533

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2014

Από τα δεδομένα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής προκύπτει αύξηση κατά 6,5% των αυτοκτονιών το 2012 σε σύγκριση με το 2011⁴⁰, ενώ το 2013 ο αριθμός των καταγεγραμμένων αυτοκτονιών έχει αυξηθεί κατά 4,9%.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται, βάσει και πάλι των στοιχείων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, οι αυτοκτονίες για το έτος 2013, ανά ηλικιακή ομάδα και ανά φύλο²⁰.

Πίνακας 5: Αριθμός αυτοκτονιών ανά ηλικιακή ομάδα και ανά φύλο, 2013

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΩΝ	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	
Σύνολο	533	1	7	22	34	40	36	43	61	49	63	48	34	30	29	19	17
Άνδρες	425	0	7	18	27	28	27	34	51	40	52	38	23	28	20	18	14
Γυναίκες	108	1	0	4	7	12	9	9	10	9	11	10	11	2	9	1	3

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

Στο πλαίσιο κάποιων επιφυλάξεων που εκφράζονται από μία μερίδα της ερευνητικής κοινότητας σχετικά με την αύξηση των αυτοκτονιών και των αποπειρών αυτοκτονιών στην Ελλάδα, ερευνητές υποστηρίζουν πως κατά την δεκαετία 2000-2010 τα ποσοστά αυτοκτονιών στην Ελλάδα παραμένουν σταθερά και φαίνονται ανεπηρέαστα από το κοινωνικό-οικονομικό γίγνεσθαι⁴¹. Προσθέτουν πως είναι πιο πιθανό η παρούσα οικονομική κρίση να αύξησε τη δυσφορία, το στρες, την κατάθλιψη και ίσως και τον αυτοκτονικό ιδεασμό στο γενικό πληθυσμό, χωρίς όμως να υπάρχει σημαντική αύξηση στις ολοκληρωμένες αυτοκτονίες⁴¹. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρουν πως τα δεδομένα για την Ελλάδα από το 1960 έως το 2010 υποδεικνύουν μία αυξομείωση μεταξύ 2,8/100.000 το 1974 και 4,0/100.000 το 1985 με τα ποσοστά να παραμένουν σχετικά σταθερά για τη δεκαετία 2000-2010 (2,94-3,61). Βάσει των επίσημων καταγεγραμμένων δεδομένων που επεξεργάστηκαν, οι ερευνητές σημειώνουν, επίσης, πως δεν βρήκαν κάποια συσχέτιση μεταξύ του ποσοστού αυτοκτονιών και της ανεργίας ή του ρυθμού ανάπτυξης⁴¹. Αναφέρεται, παράλληλα, πως οι παράγοντες κινδύνου για την αυτοκτονική συμπεριφορά έχουν κατηγοριοποιηθεί σε πρωτογενείς (όπως η παρουσία ψυχιατρικών και ιατρικών καταστάσεων, προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας), σε δευτερογενείς (δυσμενείς καταστάσεις ζωής και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες κινδύνου) και σε τριτογενείς (δημογραφικοί παράγοντες – άρρενες και μεγαλύτερη ηλικία)⁴². Σύμφωνα με τους ερευνητές, ο κίνδυνος αυτοκτονίας φαίνεται μεγαλύτερος όταν υφίστανται οι πρωτογενείς παράγοντες κινδύνου. Οι δευτερογενείς και τριτογενείς παράγοντες υποδηλώνουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας σχεδόν αποκλειστικά υπό την παρουσία των πρωτογενών παραγόντων⁴².

Οι ερευνητές τονίζουν, ωστόσο, πως η Ελλάδα βίωσε μετά το 2009 τις έντονες επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, με την ανεργία για παράδειγμα να ξεπερνάει το 17% στο τέλος του 2011, συνεπώς υπάρχει το ενδεχόμενο τα υψηλά επίπεδα δυσφορίας και σκέψεων αυτοκτονίας

να οδηγήσουν σε αύξηση των αριθμών των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών μετά το πέρας κάποιων ετών⁴¹. Συνεπώς, είναι πιθανό να χρειαστεί να περάσουν χρόνια πριν να είναι εφικτό να επιβεβαιωθεί ή να απορριφθεί η υπόθεση της αύξησης των αυτοκτονιών στην Ελλάδα λόγω της οικονομικής κρίσης⁴³.

Σε πιο πρόσφατη έρευνά τους, ωστόσο, οι συγκεκριμένοι ερευνητές βρήκαν πως οι απόπειρες αυτοκτονίας συσχετίζονται αρνητικά και οι ολοκληρωμένες αυτοκτονίες θετικά με την ανεργία⁴⁴. Η έρευνα που πραγματοποίησαν στόχευε στον υπολογισμό των ποσοστών αυτοκτονιών (απόπειρες και ολοκληρωμένες) ανά έτος στην Θεσσαλονίκη για την περίοδο 2000-2012 και το συσχετισμό τους με την ανεργία⁴⁴. Τα ποσοστά αποπειρών ήταν υψηλότερα κατά την περίοδο 2006-2009 χωρίς να υπάρχει σαφής τάση σε σχέση με το χρόνο. Η αρνητική συσχέτιση της ανεργίας με τις απόπειρες αυτοκτονίας πιθανόν εξηγεί την αύξηση των ποσοστών αποπειρών κατά τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο⁴⁴.

Σε συνάφεια με τα παραπάνω, άλλοι ερευνητές αναφέρουν πως, σύμφωνα με δεδομένα του ΠΟΥ, το 2009 στην Ελλάδα, που θα μπορούσε να θεωρηθεί το έτος έναρξης της οικονομικής κρίσης, ο αριθμός των αυτοκτονιών ήταν ίδιος με το 2000 και το 2006⁴⁵ ενώ αυξομειώσεις της τάξεως του 20% εμφανίζονται και σε έτη προ κρίσης, χωρίς βέβαια να αγνοείται το πρόβλημα της χαμηλής ποιότητας των ελληνικών δεδομένων⁴⁶. Τέλος, τονίζεται, επίσης, πως τα ποσοστά αυτοκτονιών τείνουν να αυξάνονται και σε ευρωπαϊκές χώρες που δεν έχουν πληγεί από την οικονομική κρίση και τη λιτότητα, όπως για παράδειγμα η Γερμανία, η Ολλανδία, η Νορβηγία⁴⁶.

Δ4.5 Συμπεράσματα

- Η Ελλάδα βρίσκεται μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών με το χαμηλότερο προτυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας (0-9.02)/100.000 πληθυσμού εξαιτίας ψυχιατρικών και συμπεριφορικών διαταραχών.
- Κατά τη δεκαετία 2000-2010, με βάση τον αριθμό των εξελθόντων ασθενών με ψυχικές διαταραχές στην Ελλάδα, παρατηρείται αύξηση του ποσοστού γεροντικών και προγεροντικών οργανικών ψυχωτικών καταστάσεων κατά 77%, των συναισθηματικών ψυχώσεων κατά 34%, του συνδρόμου αλκοολικής εξάρτησης κατά 51% και της φαρμακευτικής εξάρτησης κατά 33%.
- Οι θάνατοι από αυτοκτονίες στην Ελλάδα, σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ, αυξάνουν σημαντικά από 377 το 2010 σε 533 το 2013. Η αύξηση μεταξύ του 2011 και 2012 ήταν 6,5% και μεταξύ του 2012 και 2013 ήταν 4,9%.
- Η Ελλάδα διαθέτει από τα χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών. Σύμφωνα με την έκθεση Health at a Glance του 2015 του ΟΟΣΑ, το προτυποποιημένο κατά ηλικία ποσοστό

αυτοκτονιών ανά 100.000 πληθυσμού για την Ελλάδα το έτος 2013 ήταν 4,2%, ενώ ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ ήταν 12,0%.

- Σε διαχρονική σύγκριση, από το 1990 έως το 2012, μεταξύ επιλεγμένων χωρών του ΟΟΣΑ, παρατηρείται πως τα ποσοστά για τη χώρα μας ήταν σημαντικά χαμηλότερα σε σχέση με αυτά των συγκρινόμενων χωρών (Εσθονία, Φινλανδία, Ουγγαρία) καθώς και του μέσου όρου του ΟΟΣΑ.
- Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία, και κυρίως στο ποσοστό των αυτοκτονιών, φαίνεται να επιφέρονται μέσω παραγόντων όπως η ανεργία, το μέσο εισόδημα, η οικονομική ανάπτυξη, η δημοσιονομική λιτότητα, τα γεγονότα που σχετίζονται με τη λιτότητα. Ωστόσο, η διατύπωση αιτιακών σχέσεων αποδεικνύεται περίπλοκη και συχνά είναι δύσκολο να περιγραφούν και να ερμηνευτούν οι σχετιζόμενοι μηχανισμοί.
- Τα ποσοστά αυτοκτονιών των ανδρών φαίνεται από τις έρευνες να είναι υψηλότερα έναντι των γυναικών, ενώ σε γενικές γραμμές αυξάνονται περισσότερο εν μέσω οικονομικής κρίσης.
- Πανελλαδικές επιδημιολογικές μελέτες καταγράφουν αύξηση της μείζονος κατάθλιψης από 3,3% το 2008, σε 6,8% το 2009, 8,2% το 2011 και 12,3% το 2013.
- Σύμφωνα με το πρόγραμμα ΥΔΡΙΑ (2013-2014), το 7% του πληθυσμού δήλωσε πως έχει ή είχε χρόνια κατάθλιψη, μία στις δέκα γυναίκες δήλωσε πως πάσχει ή έπασχε από χρόνια κατάθλιψη, ενώ το ποσοστό των γυναικών που δήλωσαν ότι πάσχουν από χρόνια κατάθλιψη είναι 4 φορές μεγαλύτερο από αυτό των ανδρών. Βρέθηκε πως ο επιπολασμός της χρόνιας κατάθλιψης αυξάνει με την αύξηση της ηλικίας.
- Η αύξηση του επιπολασμού της κατάθλιψης με την αύξηση της ηλικίας, επιβεβαιώθηκε και από την Έρευνα Υγείας της ΕΛΣΤΑΤ για το έτος 2014. Στη συγκεκριμένη έρευνα, κατάθλιψη δήλωσε το 4,7% του πληθυσμού, ποσοστό αυξημένο κατά 80,8% σε σχέση με το ποσοστό του 2009 (2,6%).
- Ο υψηλός βαθμός οικονομικής δυσχέρειας φαίνεται να συσχετίζεται σημαντικά με την επικράτηση της μείζονος κατάθλιψης.
- Ενώ σε παλαιότερες έρευνες η μείζονα κατάθλιψη φαινόταν να επηρεάζει περισσότερο τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και τους άγαμους, σε πιο πρόσφατες αυτό αλλάζει και τα άτομα νεότερης ηλικίας και οι έγγαμοι φαίνονται πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση μείζονος κατάθλιψης.
- Στο πλαίσιο της μελέτης Ε.ΜΕ.ΝΟ, που πραγματοποιήθηκε το 2014, βρέθηκε πως το ποσοστό των ατόμων με συμπτώματα κατάθλιψης ανήλθε στο 16% και εκείνων με συμπτώματα άγχους στο 24%, τα οποία είναι ανησυχητικά υψηλά και, σύμφωνα με τους ερευνητές, ενδεικτικά μεγάλης και συνεχούς διαχρονικής αύξησης. Επίσης, στο πλαίσιο της μελέτης επιβεβαιώθηκε η συσχέτιση του άγχους και της κατάθλιψης με την ανεργία.
- Αυξημένες πιθανότητες εκδήλωσης διαταραχής γενικευμένου άγχους εμφανίζονται να έχουν οι άνδρες, τα άτομα 25-44 ετών με ανώτερο μορφωτικό επίπεδο, οι έγγαμοι και οι εργαζόμενοι.

* * *

Βιβλιογραφία

1. European Commission. ECHI – European Core health Indicators. Available from: http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index_en.htm
2. European Commission. Eurobarometer 64.4. Mental Well-being. European Commission; 2010 Oct. 93 p. Special Eurobarometer 248.
3. European Commission. Eurobarometer 73.2. Mental Health. Part 1: Report. European Commission; 2010 Oct. 64 p. Special Eurobarometer 345.
4. Mylona K, Tsiantou V, Zavras D, Pavi E, Kyriopoulos J. Determinants of self-reported frequency of depressive symptoms in Greece during economic crisis. *Public Health*. 2014;128(8):752-754.
5. Drydakakis N. The effect of unemployment on self-reported health and mental health in Greece from 2008 to 2013: A longitudinal study before and during the financial crisis. *Social Science & Medicine*. 2015;128:43–51.
6. Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D. Greece's health crisis: from austerity to denialism. *The Lancet*. 2014;383(9918):748-753.
7. Simou E, Koutsogeorgou E. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Health Policy*. 2014;115(2-3):111-119.
8. Ευθυμίου Κ, Αργαλία Ε, Κασκαμπά Ε, Μακρή Α. Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Τι γνωρίζουμε για την σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα. *Εγκέφαλος*. 2013;50: 22-30.
9. Madianos M, Economou M, Alexiou T, Stefanis C. Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;46(10):943-952.
10. Economou M, Madianos M, Peppou LE, Patelakis A, Stefanis CN. Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *J Affect Disord*. 2013;145(3):308-314.
11. Οικονόμου Μ., Πέππου ΛΕ, Φουσκετάκη Σ, Θελερίτης Χ, Πατελάκης Α, Αλεξίου Τ, Μαδιανός Μ, Στεφανής Κ. Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία: Επιπτώσεις στην επικράτηση κοινών ψυχικών διαταραχών. *Ψυχιατρική*. 2013;24(4):247-261.
12. Σουλιώτης Κ, Θηραίος Ε, Καϊτελίδου Δ, Παπαδάκη Μ, Τσαντίλας Π, Τσιρώνη Μ, Ψαλτοπούλου Θ. Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. 2013 Σεπτ.
13. Οικονόμου Μ, Πέππου ΛΕ, Λουκή Ε, Κομπορόζος Α, Μέλλου Α, Στεφανής Κ. Γραμμή βοήθειας για την κατάθλιψη: Αναζήτηση

- βοήθειας σε περίοδο οικονομικής κρίσης. *Ψυχιατρική*. 2012;23(1):17-28.
14. Economou M, Madianos M, Peppou LE, Souliotis K, Patelakis A, Stefanis C. Cognitive social capital and mental illness during economic crisis: a nationwide population-based study in Greece. *Soc Sci Med*, 2014;100:141-147.
 15. Economou M, Madianos M, Peppou LE, Theleritis C, Patelakis A, Stefanis C. Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. *World Psychiatry*. 2013;12(1):53-59.
 16. Economou M, Madianos M, Theleritis C, Peppou LE, Stefanis CN. Increased suicidality amid economic crisis in Greece. *The Lancet*. 2011; 378(9801):1459.
 17. Economou M, Madianos M, Peppou LE, Theleritis C, Stefanis CN. Suicidality and the economic crisis in Greece. *The Lancet*. 2012;380(9839):337.
 18. Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ. Δελτίο Τύπου: Η Κατάσταση της Υγείας στην Ελλάδα του 2015: Χρόνια Νοσήματα – Πρόσβαση στο Σύστημα Υγείας- Πρόληψη. Αποτελέσματα της μελέτης ΕΜΕΝΟ. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή; 2015.
 19. «ΥΔΡΙΑ: Πρόγραμμα και στοχευόμενη δράση για την υγεία και τη διατροφή του Ελληνικού πληθυσμού: ανάπτυξη και εφαρμογή μεθοδολογίας και Αποτύπωση», <http://www.hydria-nhns.gr/>
 20. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Δελτίο Τύπου-Έρευνα Υγείας: Έτος 2014. Πειραιάς: Ελληνική Δημοκρατία, Ελληνική Στατιστική Αρχή; 2015.
 21. Liaropoulos L. Greek economic crisis: not a tragedy for health. *BMJ*. 2012;345:e7988.
 22. OECD. Health at a glance 2014. OECD Indicators. OECD; 2014. Available from: http://ec.europa.eu/health/reports/european/health_glance_2014_en.htm
 23. OECD. Health at a Glance 2015: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2015.
 24. WHO. Global Health Observatory data repository. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDE?lang=en>
 25. Rachiotis G, Stuckler D, McKee M, Hadjichristodoulou C. What has happened to suicides during the Greek economic crisis? Findings from an ecological study of suicides and their determinants (2003–2012). *BMJ*. 2015;5(3):e007295.
 26. Γιωτάκος Ο, Τσουβέλας Γ, Κονταξάκης Β. Αυτοκτονίες και υπηρεσίες παροχής ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. *Ψυχιατρική*. 2012;23(1):29-38.
 27. Γιωτάκος Ο, Καράμπελας Δ, Καυκάς, Α. Επίπτωση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγείας στην Ελλάδα. *Ψυχιατρική*. 2011; 22(2):109-119.
 28. Σταυριανάκος Κ, Κονταξάκης Β, Μουσσάς Γ, Παπλός Κ,

- Παπασλάνης Θ, Χαβάκη-Κονταξάκη Μ, Παπαδημητρίου ΓΝ.
 Απόπειρες αυτοκτονίας στη διάρκεια της οικονομικής κρίσης στην
 Αθήνα. *Ψυχιατρική*. 2014;25(2):104-110.
29. Kontaxakis V, Papaslanis T, Havaki-Kontaxaki B, Tsouvelas G,
 Giotakos O, Papadimitriou GN. Suicide in Greece: 2001-2011.
Psychiatriki. 2013;24(3):170-174.
 30. Branias CC, Kastanaki AE, Michalodimitrakis M, Tzougas J, Kranioti
 EF, Theodorakis PN, Carr BG, Wiebe DJ. The impact of economic
 austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year
 interrupted time-series analysis. *BJM*. 2015;5(1):e005619.
 31. Antonakakis N, Collins A. The impact of fiscal austerity on suicide:
 On the empirics of a modern Greek tragedy. *Social Science &
 Medicine*. 2014;112:39-50.
 32. Kondilis E, Giannakopoulos S, Gavana M, Ierodiakonou I, Waitzkin
 H, Benos A. Economic crisis, restrictive policies, and the population's
 health and health care: the Greek case. *Am J Public Health*.
 2013;103(6):973-979.
 33. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M,
 Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek
 tragedy. *The Lancet*. 2011;378(9801):1457-1458.
 34. Economou M, Madianos M, Peppou LE, Theleritis C, Stefanis
 CN. Suicidality and the economic crisis in Greece. *The Lancet*.
 2012;380(9839):337.
 35. Vrachnis N, Vlachadis N, Iliodromiti Z, Valsamakis G, Creatsas G.
 Austerity and health in Greece. *Lancet*. 2014;383(9928):1543-
 1544.
 36. Kondilis E, Ierodiakonou I, Gavana M, Giannakopoulos S, Benos A.
 Suicide mortality and economic crisis in Greece: men's Achilles' heel.
J Epidemiol Community Health. 2013;67(6):e1.
 37. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M,
 Stuckler D. Health and the financial crisis in Greece – Author's reply.
The Lancet. 2012;379(9820):1002.
 38. Ελληνική Δημοκρατία. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Δελτίο Τύπου:
 Αιτίες θανάτων έτους 2012. Πειραιάς: Ελληνική Στατιστική Αρχή;
 2014. Available from: [http://www.statistics.gr/portal/page/portal/
 ESYE/BUCKET/A1605/PressReleases/A1605_SPO09_DT_
 AN_00_2012_01_F_GR.pdf](http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A1605/PressReleases/A1605_SPO09_DT_AN_00_2012_01_F_GR.pdf)
 39. Ελληνική Δημοκρατία. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Δελτίο Τύπου:
 Αιτίες θανάτων έτους 2013. Πειραιάς: Ελληνική Στατιστική Αρχή;
 2014. Available from: [http://www.statistics.gr/portal/page/portal/
 ESYE/BUCKET/A1605/PressReleases/A1605_SPO09_DT_
 AN_00_2013_01_F_GR.pdf](http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A1605/PressReleases/A1605_SPO09_DT_AN_00_2013_01_F_GR.pdf)
 40. Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D.
 Austerity and health in Greece – Author's reply. *The Lancet*.
 2014;383(9928):1544-1545.
 41. Fountoulakis KN, Savopoulos C, Siamouli M, Zaggelidou E, Mageiria

- S, Iacovides A, Hatzitolios A. Trends in suicidality amid the economic crisis in Greece. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2013;263(5):441-444.
42. Fountoulakis KN, Grammatikopoulos IA, Koupidis SA, Siamouli M, Theodorakis PN. Health and the financial crisis in Greece. *The Lancet.* 2012;379(9820):1001-1002.
43. Fountoulakis KN, Siamouli M, Grammatikopoulos IA, Koupidis SA, Theodorakis PN. Suicidality and the economic crisis in Greece – Authors' reply. *The Lancet.* 2012;380(9839):337-338.
44. Fountoulakis KN, Savoropoulos C, Apostolopoulou M, Dampali R, Zaggelidou E, Karlafti E, Fountoukidis I, Kountis P, Limenopoulos V, Plomaritis E, Theodorakis P, Hatzitolios AI. Rate of suicide and suicide attempts and their relationship to unemployment in Thessaloniki Greece (2000-2012). *J Affect Disord.* 2015;174:131-136.
45. Ευθυμίου Κ, Αργαλία Ε, Κασκαμπά Ε, Μακρή Α. Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Τι γνωρίζουμε για την σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα. *Εγκέφαλος.* 2013;50: 22-30.
46. Fountoulakis KN, Theodorakis P N. Austerity and health in Greece. *The Lancet.* 2014; 383(9928):1543.

Δ5. Ποιότητα Ζωής που Σχετίζεται με την Υγεία

Δ5.1. Εισαγωγή

Σύμφωνα με τον καταστατικό χάρτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, υγεία είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι η απλή απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας. Σύμφωνα με τον ορισμό, η υγεία αποτελεί σύνθετο βιολογικό και ψυχο-κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο, πέρα από τις παραδοσιακές βιολογικές διαστάσεις, περιλαμβάνει και τις έννοιες της ευεξίας και της λειτουργικότητας.

Στο πλαίσιο αυτού του ορισμού, αναπτύχθηκε η έννοια της «Ποιότητας Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία» (ΠΖσΥ). Πρόκειται για μια πολυδιάστατη έννοια, η οποία περιλαμβάνει δείκτες των νοσητικών, συναισθηματικών, σωματικών, κοινωνικών και συμπεριφορικών συνιστωσών της ευεξίας και της λειτουργικότητας, λαμβάνοντας υπόψη τον τρόπο με τον οποίο γίνονται αντιληπτές από το ίδιο το άτομο.

Δ5.2. Ενήλικος Πληθυσμός

Οι πανελλαδικές μελέτες Hellas Health II, III, V, και VI που πραγματοποιήθηκαν από το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ) και το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, από το 2008 έως το 2015 περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων την αξιολόγηση της ΠΖσΥ. Σε όλες τις παραπάνω μελέτες για την εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία στον ελληνικό πληθυσμό, χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο το SF-12¹⁻⁴.

Από τη σύγκριση των αποτελεσμάτων (Πίνακας 1) διαπιστώνεται ότι υπήρξε σημαντική αύξηση του δείκτη Σωματικής Υγείας από το 2008 στο 2010 και από το 2010 στο 2013 (ANOVA, $p < 0,001$). Όμως, από το 2013 στο 2015 ο δείκτης Σωματικής Υγείας μειώνεται (ANOVA, $p < 0,001$) και έρχεται στα ίδια επίπεδα συγκριτικά με το 2008 (ANOVA, $p > 0,999$) (Σχήμα 1)¹⁻⁴.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σε ό,τι αφορά τον δείκτη Ψυχικής Υγείας (Πίνακας 1) δεν υπήρξε διαφοροποίηση του από το 2008 στο 2010 (ΑΝΟΝΑ, $p=0,507$). Όμως, από το 2010 στο 2013 ο δείκτης Ψυχικής Υγείας μειώνεται σημαντικά (ΑΝΟΝΑ, $p<0,001$). Το 2015 παραμένει στα ίδια επίπεδα με το 2013 (ΑΝΟΝΑ, $p>0,999$). Επίσης, το 2015 ο δείκτης Ψυχικής Υγείας είναι σημαντικά μειωμένος συγκριτικά με τα έτη 2008 και 2010 (ΑΝΟΝΑ, $p<0,001$) (Σχήμα 2)¹⁻⁴.

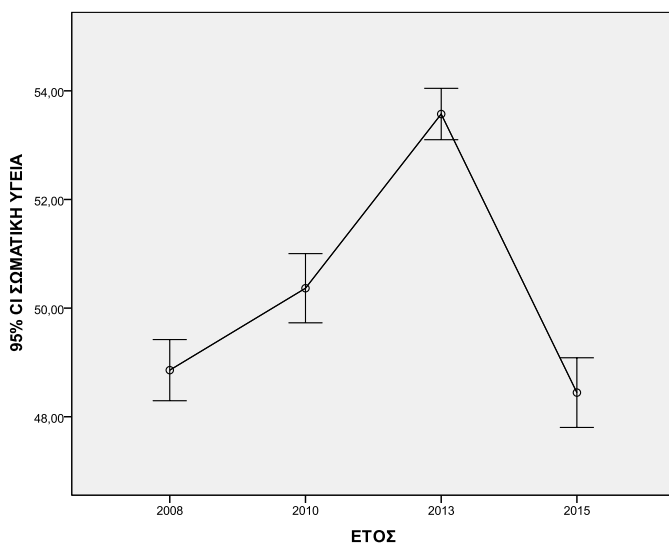
Πίνακας 1: Ποιότητα Ζωής σχετιζόμενη με την Υγεία (ΠΖσΥ) στον ελληνικό πληθυσμό για τα έτη 2008, 2010, 2013 και 2015

	ΕΤΟΣ							
	2008		2010		2013		2015	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Σωματική Υγεία*	48.9	10.9	50.4	10.2	53.6	6.9	48.4	10.2
Ψυχική Υγεία*	48.8	10.5	49.5	9.9	46.0	11.4	45.8	11.2

*από το ερωτηματολόγιο SF-12 για την ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία

Πηγή: ΙΚΠΙ, 2008, 2010, 2013 & 2015

Σχήμα 1: Μέσες τιμές και 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης για το δείκτη Σωματικής Υγείας για τα έτη 2008, 2010, 2013 και 2015

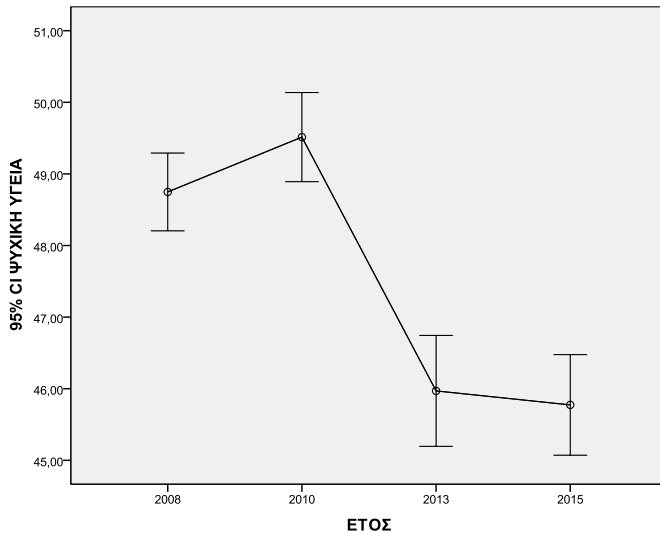


Πηγή: ΙΚΠΙ, 2008, 2010, 2013 & 2015

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 2: Μέσες τιμές και 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης για το δείκτη Ψυχικής Υγείας για τα έτη 2008, 2010, 2013 και 2015



Πηγή: ΙΚΠΙ, 2008, 2010, 2013 & 2015

Από τη σύγκριση των αποτελεσμάτων (πίνακες 2 & 3) διαπιστώνεται ότι υπήρξε σημαντική αύξηση του δείκτη Σωματικής Υγείας στους άνδρες από το 2008 στο 2010 και από το 2010 στο 2013 (ANOVA, $p < 0,050$). Όμως, από το 2013 στο 2015 ο δείκτης Σωματικής Υγείας μειώνεται (ANOVA, $p < 0,001$) και έρχεται στα ίδια επίπεδα συγκριτικά με το 2008 (ANOVA, $p > 0,999$) (Σχήμα 5)¹⁻⁴.

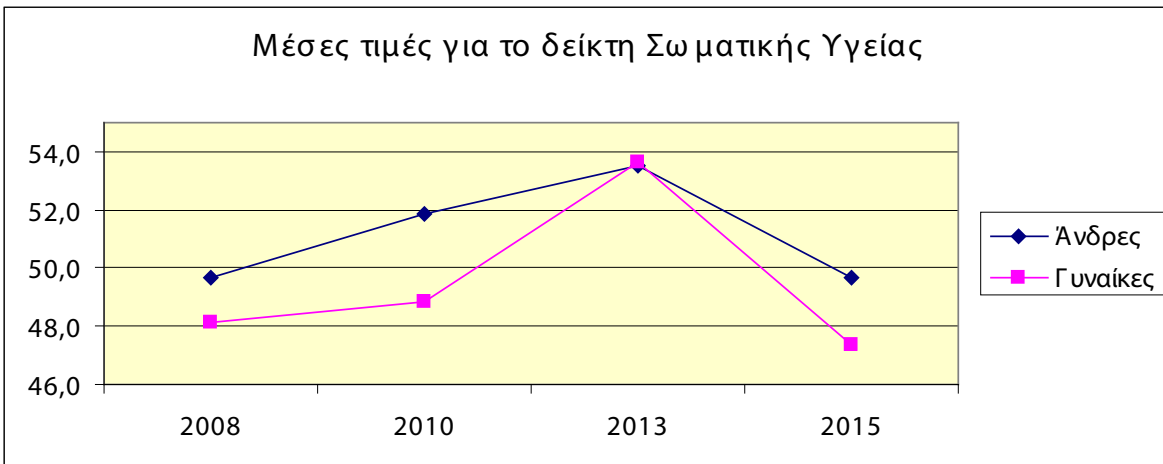
Διαπιστώθηκε επίσης, ότι δεν υπήρξε διαφοροποίηση του δείκτη Ψυχικής Υγείας από το 2008 στο 2010 (ANOVA, $p > 0,999$). Όμως, από το 2010 στο 2013, ο δείκτης Ψυχικής Υγείας μειώνεται σημαντικά (ANOVA, $p < 0,001$). Το 2015 παραμένει στα ίδια επίπεδα με το 2013 (ANOVA, $p = 0,104$). Επίσης, το 2015 ο δείκτης Ψυχικής Υγείας είναι σημαντικά μειωμένος συγκριτικά με τα έτη 2008 και 2010 (ANOVA, $p < 0,001$) (Σχήμα 6)¹⁻⁴.

Από τη σύγκριση των αποτελεσμάτων διαπιστώνεται ότι δεν υπήρξε σημαντική διαφοροποίηση του δείκτη Σωματικής Υγείας στις γυναίκες από το 2008 στο 2010 (ANOVA, $p < 0,999$), ενώ από το 2010 στο 2013 υπήρξε σημαντική αύξηση (ANOVA, $p < 0,001$). Όμως, από το 2013 στο 2015, ο δείκτης Σωματικής Υγείας μειώνεται (ANOVA, $p < 0,001$) και έρχεται στα ίδια επίπεδα συγκριτικά με το 2008 (ANOVA, $p > 0,999$) (Σχήμα 3)¹⁻⁴.

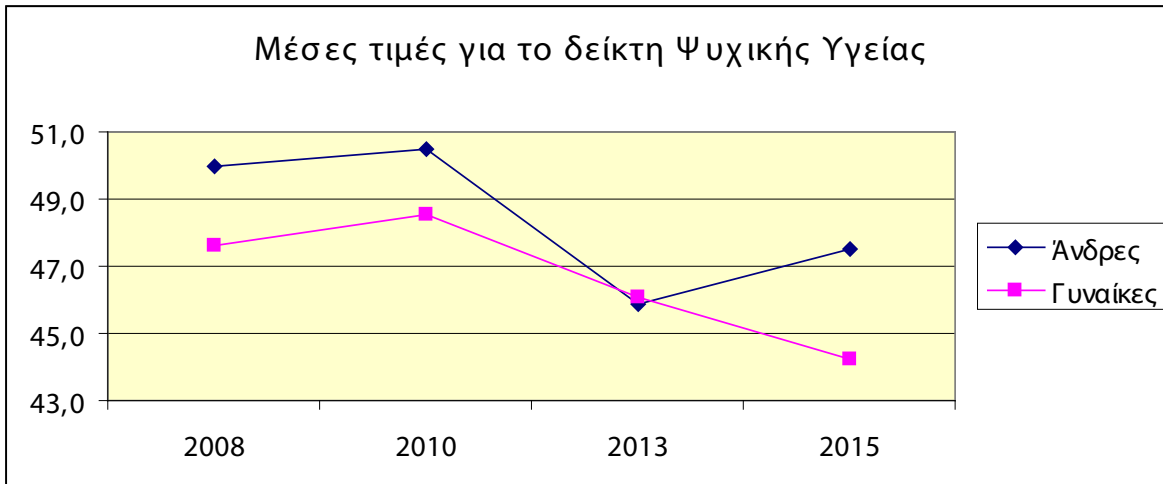
Διαπιστώνεται επίσης ότι, δεν υπήρξε διαφοροποίηση του δείκτη Ψυχικής Υγείας από το 2008 στο 2010 (ANOVA, $p > 0,999$). Όμως, από το 2010 στο 2013 ο δείκτης Ψυχικής Υγείας μειώνεται σημαντικά (ANOVA, $p = 0,007$). Το 2015 έχει μια μείωση συγκριτικά με το 2013 (ANOVA,

$p=0,072$). Επίσης, το 2015 ο δείκτης Ψυχικής Υγείας είναι σημαντικά μειωμένος συγκριτικά με τα έτη 2008 και 2010 (ANOVA, $p<0,001$) (Σχήμα 4)¹⁻⁴.

Σχήμα 3: Μέσες τιμές για το δείκτη Σωματικής Υγείας για τα έτη 2008, 2010, 2013 και 2015 σε άνδρες και γυναίκες



Πηγή: ΙΚΠΙ, 2008, 2010, 2013 & 2015

Σχήμα 4: Μέσες τιμές για το δείκτη Ψυχικής Υγείας για τα έτη 2008, 2010, 2013 και 2015 σε άνδρες και γυναίκες

Πηγή: ΙΚΠΙ, 2008, 2010, 2013 & 2015

Μια άλλη έρευνα που έγινε στην Ελλάδα και ασχολήθηκε με την οικονομική κρίση, τα δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά και την ποιότητα ζωής, ήταν αυτή των Zavras και συν. (2012)⁵. Σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνήσει τους καθοριστικούς παράγοντες της αυτό-προσδιοριζόμενης υγείας (self-rated health) στην Ελλάδα. Η μελέτη αυτή βασίστηκε σε δεδομένα από δύο εθνικές συγχρονικές μελέτες που διεξήχθησαν στην Ελλάδα το 2006 και το 2011.

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από 10.572 άτομα και τα αποτελέσματα της έρευνας ανέδειξαν ότι η χαμηλή αυτό-προσδιοριζόμενη υγεία (SRH) ήταν πιο συχνή σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, ανέργους, συνταξιούχους, νοικοκυρές και άτομα που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις. Πιο συγκεκριμένα, ο συνολικός επιπολασμός αυτών που αυτό-προσδιόρισαν την υγεία τους (SRH) ως καλή και πολύ καλή το 2006, ήταν 71%, ενώ το 2011 68,8% ($P < 0.05$). Σημαντική συσχέτιση εντοπίστηκε μεταξύ της εργασιακής κατάστασης και του έτους της μελέτης ($P < 0.001$), καθώς και μεταξύ του εισοδήματος και του έτους της μελέτης ($P < 0.001$), υποδεικνύοντας ότι τόσο το ποσοστό ανεργίας όσο και η εισοδηματική κατηγορία μεταβλήθηκαν κατά τη διάρκεια των περιόδων 2006 και 2011.

Δ5.3. Αυτοπροσδιοριζόμενη Υγεία (Self Reported Health/SRH)

Οι Kentikelenis και συν. (2011) αναφέρουν ότι υπάρχουν ενδείξεις ότι η υγεία έχει επιδεινωθεί, ιδιαίτερα στις ευπαθείς ομάδες κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα. Παρατήρησαν μια σημαντική αύξηση στον επιπολασμό των ανθρώπων που δήλωναν ότι η υγεία τους

ήταν «κακή» ή «πολύ κακή»⁶.

Οι Vandoros, Hessel, Leone και Avendano (2013)⁷ εξέτασαν την επίδραση της οικονομικής κρίσης στην υγεία στην Ελλάδα. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από την έρευνα της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Ένωσης για το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης για τα έτη 2006-2009. Σε αυτή τη μελέτη οι ερευνητές, σύγκριναν τις διαφορές στην αυτό-προσδιοριζόμενη υγεία μεταξύ της Ελλάδας πριν και μετά την οικονομική κρίση, και της ομάδας ελέγχου της Πολωνίας, η οποία δεν βίωσε οικονομική ύφεση, και είχε παρόμοια επίπεδα αυτό-προσδιοριζόμενης υγείας με την Ελλάδα πριν την κρίση. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν ισχυρές ενδείξεις για στατιστικά σημαντική αρνητική επίδραση της οικονομικής κρίσης στην υγεία. Σε σχέση με τον πληθυσμό ελέγχου, η Ελλάδα βίωσε μια σημαντικά μεγαλύτερη αύξηση στη χαμηλή αυτό-προσδιοριζόμενη υγεία μετά την κρίση. Δεν υπήρχε διαφορά στην αυτό-προσδιοριζόμενη υγεία μεταξύ Πολωνίας και Ελλάδας πριν από την οικονομική κρίση, γεγονός που υποδεικνύει τη συσχέτιση μεταξύ της πτώσης της υγείας στην Ελλάδα και της οικονομικής κρίσης.

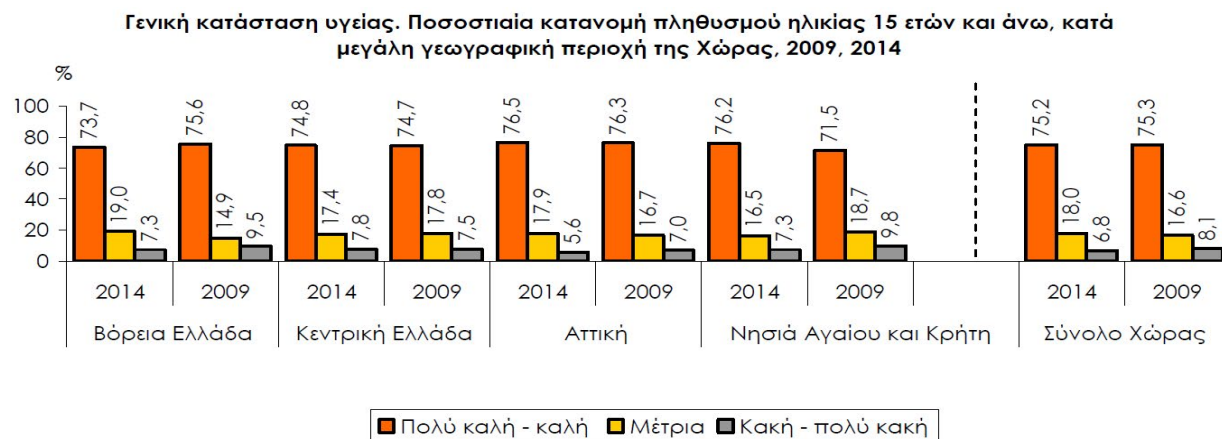
Τα αποτελέσματα αυτά, όπως ισχυρίζονται οι συγγραφείς της έρευνας, μπορούν να εξηγηθούν από τις αλλαγές που προκύπτουν στη σωματική και ψυχική υγεία. Η οικονομική κρίση μπορεί να έχει οδηγήσει σε μείωση της πρόσβασης στην περίθαλψη, γεγονός που με τη σειρά του οδηγεί σε περαιτέρω επιδείνωση της σωματικής υγείας⁷. Η οικονομική κρίση μπορεί να έχει επίσης, αυξήσει τη συχνότητα των συμπεριφορών κινδύνου, όπως τη χρήση αλκοόλ, επηρεάζοντας και άλλο τη σωματική υγεία⁸. Επιπλέον, η ύφεση μπορεί να έχει οδηγήσει σε αυξημένο άγχος και άλλες ψυχικές παθήσεις, οι οποίες επηρεάζουν άμεσα την συνολική κατάσταση της υγείας.

Τα πιο πρόσφατα στοιχεία για την αυτό-προσδιοριζόμενη υγεία προέρχονται από την Έρευνα Υγείας της ΕΛΣΤΑΤ το 2014 που δημοσιοποιήθηκαν τον Δεκέμβριο του 2015. Η Έρευνα Υγείας πραγματοποιείται κάθε πέντε χρόνια σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 5.000 ατόμων ηλικίας 15 ετών και άνω. Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας, το 75,2% του πληθυσμού δηλώνει ότι έχει πολύ καλή υγεία, το 18,0% μέτρια και το 6,8% κακή ή πολύ κακή υγεία. Συγκριτικά με τα αντίστοιχα ευρήματα του 2009, σταθερό παρουσιάζεται το ποσοστό που δηλώνει πολύ καλή ή καλή υγεία, μικρή αύξηση (8,4%) παρατηρείται στο ποσοστό που δηλώνει μέτρια υγεία και μείωση (-16,1%) στο ποσοστό που δηλώνει κακή ή πολύ κακή υγεία⁹.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 5: Γενική κατάσταση υγείας. Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω, κατά μεγάλη γεωγραφική περιοχή της χώρας, 2009, 2014



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

Δ5.4. Μαθητικός Πληθυσμός

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης έχουν μελετηθεί και στην υγεία των παιδιών και των εφήβων στην Ελλάδα. Η πανελλήνια έρευνα στους μαθητές εφηβικής ηλικίας για συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία (Έρευνα HBSC/WHO) (2010), εξέτασε τις συνήθειες και συμπεριφορές που επηρεάζουν την υγεία όπως, τις συνήθειες διατροφής και σωματικής άσκησης, τη ψυχοκοινωνική υγεία, τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, τη βία στο σχολείο, τα ατυχήματα, την παχυσαρκία. Στην έρευνα συμμετείχε αντιπροσωπευτικό δείγμα περίπου 4.500 μαθητών ηλικίας 11, 13 και 15 ετών¹⁰. Όσον αφορά τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας για την εφηβική ηλικία, η χρήση αυτό-αναφορών για την αξιολόγηση της ατομικής υγείας έχει καθιερωθεί πλέον στην έρευνα ως ένα αξιόπιστο εργαλείο για την εκτίμηση του επιπέδου υγείας των εφήβων¹¹. Ως δείκτες ψυχοκοινωνικής υγείας και ευεξίας χρησιμοποιούνται συχνά η αντίληψη που έχουν οι έφηβοι για την υγεία τους και το επίπεδο ικανοποίησης που νιώθουν για τη ζωή¹². Σε αυτό το πλαίσιο, στη μελέτη ζητήθηκε από τους εφήβους να αξιολογήσουν την υγεία τους σε μια κλίμακα απαντήσεων πολύ καλή, καλή, μέτρια, κακή. Σχεδόν 3 στους 5 εφήβους (57,9%) απάντησαν ότι θεωρούν την υγεία τους πολύ καλή, και δύο στους 3 εφήβους (64,1%) δηλώνουν ικανοποιημένοι από τη ζωή τους, ενώ ποσοστό 4,6% αναφέρουν ότι είναι δυσαρεστημένοι. Από το 2006 στο 2010 δεν παρατηρείται σημαντική μεταβολή στο ποσοστό των εφήβων που θεωρούν ότι η υγεία τους είναι πολύ καλή, ενώ μεταξύ 2002 και 2010, το ποσοστό των εφήβων που δηλώνουν ικανοποιημένοι από τη ζωή τους παρουσιάζει μείωση (από 69,7% το 2002 και 69% το 2006, σε 64,1% το 2010)¹².

Δ5.5. Συμπεράσματα

- Ο δείκτης Σωματικής Υγείας μειώνεται σημαντικά στην περίοδο 2013-2015 για τους άνδρες και τις γυναίκες.
- Όσον αφορά το δείκτη Ψυχικής Υγείας, παρατηρείται σημαντική μείωση στο διάστημα 2010-2015 και για τα δύο φύλα, άνδρες και γυναίκες.
- Επίσης, το 2015 ο δείκτης της Ψυχικής Υγείας είναι σημαντικά μειωμένος σε σύγκριση με το 2008 και το 2010.
- Οι φοιτητές και οι άνεργοι δηλώνουν τη μεγαλύτερη φυσική δραστηριότητα κατά το 2010-2011.
- Οι γυναίκες και οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν μειωμένη ποιότητα ζωής συγκριτικά με τους άνδρες και τις άλλες ηλικιακές ομάδες το 2003.
- Η χαμηλή αυτό-προσδιοριζόμενη υγεία (SHR) εμφανίζεται πιο συχνή σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, ανέργους, συνταξιούχους, νοικοκυρές και άτομα που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις, σε αντίθεση με τους άνδρες, τα άτομα με ανώτερη εκπαίδευση και με υψηλότερο εισόδημα που αυτό-προσδιορίζουν την υγεία τους ως καλύτερη.
- Παρατηρείται αύξηση των αρνητικών αυτοαναφορών για την υγεία, ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα από το 2006-2011.
- Σε αντίθεση με τα παραπάνω ευρήματα, σύμφωνα με την Έρευνα Υγείας της ΕΛΣΤΑΤ, το 2014 σε σύγκριση με το 2009, σταθερό παρουσιάζεται το ποσοστό που δηλώνει πολύ καλή ή καλή υγεία, μικρή αύξηση (8,4%) παρατηρείται στο ποσοστό που δηλώνει μέτρια υγεία και μείωση (-16,1%) στο ποσοστό που δηλώνει κακή ή πολύ κακή υγεία.
- Από το 2006 έως το 2010 δεν παρατηρείται σημαντική μεταβολή στο ποσοστό των εφήβων που θεωρούν ότι η υγεία τους είναι πολύ καλή.
- Λιγότεροι έφηβοι δηλώνουν ικανοποιημένοι από τη ζωή τους το 2010, συγκριτικά με το 2002 και το 2006.

* * *

Βιβλιογραφία

1. ΙΚΠΙ. Hellas Health II. Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών; 2008.
2. ΙΚΠΙ. Hellas Health III. Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών; 2010.
3. ΙΚΠΙ. Hellas Health V. Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής

- Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών; 2013.
4. ΙΚΠΙ. Hellas Health VI. Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών; 2015.
 5. Zavras D, et al. Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *European Journal of Public Health*. 2012;23(2):206-210.
 6. Kentikelenis A, et al. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *The Lancet*. 2011;378 (9801):1457-8.
 7. VANDOROS S, HESSEL P, LEONE T, AVENDANO M. Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach. *European Journal of Public Health*. 2013;23(5):727-731.
 8. Johansson E, Bockerman P, Prattala R, Uutela A. Alcohol-related mortality, drinking behavior, and business cycles. *Eur J Health Econ*. 2006;7:212-217.
 9. α. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Δελτίο Τύπου Έρευνα Υγείας: Έτος 2014. Πειραιάς: Ελληνική Δημοκρατία, Ελληνική Στατιστική Αρχή; 2015.
 10. Κοκκέβη Α., Φωτίου Α., Σταύρου Μ., Καναβού Ε. Η ψυχοκοινωνική υγεία των εφήβων. Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής; 2011.
 11. Ilder E.L, Benyamani. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health & Social Behavior*. 1997;38:21-37.
 12. Diener E, Diener M. Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1995; 68:653-63.

Δ6. Προτάσεις για την Αντιμετώπιση των Επιπτώσεων στην Υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού

Γενικά:

Η προστασία της υγείας του ελληνικού πληθυσμού από τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης προϋποθέτει τη χάραξη πολιτικών υγείας και τη λήψη υγειονομικών μέτρων κατά προτεραιότητα στους τομείς που εμφανίζονται τα πιο σημαντικά προβλήματα. Σύμφωνα με τα συμπεράσματα της Δ' Ενότητας «Οι Επιπτώσεις στην Υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού», τα πιο σημαντικά προβλήματα αφορούν τη μείωση του ελληνικού πληθυσμού μετά το 2010, λόγω μείωσης της γονιμότητας και αύξησης της μετανάστευσης, την αύξηση των αυτοκτονιών, την αύξηση της αυτοαναφερόμενης νοσηρότητας, ιδιαίτερα στον τομέα της ψυχικής υγείας, όπου εκτός από τις αυτοκτονίες σημαντική αύξηση παρουσιάζει και η κατάθλιψη. Αύξηση, επίσης, παρουσιάζουν και τα χρόνια νοσήματα, κυρίως η υπέρταση και η υπερχοληστεριναιμία, που σχετίζονται έμμεσα με την οικονομική κρίση, λόγω άγχους, κακής διατροφής και έλλειψης σωματικής άσκησης.

Προτάσεις:

1. Διαμόρφωση οικονομικών και κοινωνικών κινήτρων για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας και της μετανάστευσης ελλήνων πολιτών. Τα κίνητρα αυτά συνδέονται άμεσα με την οικονομική ανάπτυξη για την καταπολέμηση της ανεργίας και την ενίσχυση του οικογενειακού εισοδήματος, καθώς και με την παροχή προνοιακών υπηρεσιών κοινωνικής υποστήριξης των πολύτεκνων οικογενειών.
2. Ανάπτυξη προγραμμάτων προληπτικών εξετάσεων (δευτερογενής πρόληψη) σε εθνικό επίπεδο, με την εφαρμογή Εθνικών Προγραμμάτων Προσυμπτωματικού Ελέγχου βάσει διεθνών επιστημονικών πρωτοκόλλων για την έγκαιρη διάγνωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων, της υπέρτασης, της υπερχοληστεριναιμίας, του σακχαρώδους διαβήτη, που επιβαρύνονται λόγω της οικονομικής κρίσης, αλλά και του καρκίνου του παχέος εντέρου και του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας στις γυναίκες, που αποτελούν συχνούς καρκίνους. Τα προγράμματα αυτά θα πρέπει να εφαρμοστούν

άμεσα και κατά προτεραιότητα στις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση. Θα πρέπει να δοθούν κίνητρα για συμμετοχή στα προγράμματα αυτά, με ελάφρυνση στις ασφαλιστικές εισφορές και όχι με την αυξημένη συμμετοχή στο κόστος νοσηλείας για όσους δεν συμμετέχουν, όπως προτάθηκε πρόσφατα από την προηγούμενη ηγεσία του Υπουργείου Υγείας.

3. Αντιμετώπιση των λοιμωδών νοσημάτων, τα οποία παρουσιάζουν έξαρση σε περιόδους οικονομικής κρίσης, με τη λήψη μέτρων βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης και διατροφής των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού και των μεταναστών –προσφύγων, που αποτελούν εστίες αναζωπύρωσης μεταδιδόμενων νοσημάτων, καθώς και με την οργάνωση επιπρόσθετων υπηρεσιών και προγραμμάτων ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

4. Ιδιαίτερα, σε ότι αφορά στον εμβολιασμό, θα πρέπει να υπάρξει άμεση αντιμετώπιση των ελλειμάτων για το εμβόλιο MMR που παρουσιάστηκαν στο γενικό πληθυσμό και καλύτερη εμβολιαστική κάλυψη παιδιών μεταναστών και κυρίως παιδιών ελλήνων Τσιγγάνων. Επίσης, να αντιμετωπιστεί η μείωση που παρατηρείται για τον εμβολιασμό για τον πνευμονόκοκκο για παιδιά έως 1 έτους.

5. Αντιμετώπιση της αυξημένης συχνότητας κατάθλιψης και αυτοκτονιών, με προγράμματα ελάφρυνσης χρεών σε πολυπροβληματικές οικογένειες και σε βεβαρυσμένα ψυχικά άτομα. Ενίσχυση προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής με έμφαση στις τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας, τόσο για την κατάθλιψη όσο και για τις αυτοκτονικές τάσεις, με σύνοδες όμως υπηρεσίες υποστηρικτικού χαρακτήρα για άμεσες παρεμβάσεις σε 24ωρη βάση. Επίσης, ενίσχυση των κοινωνικών υπηρεσιών και του προσωπικού στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και στις αντίστοιχες υπηρεσίες της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

6. Επαναφορά των προγραμμάτων για τους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, ενίσχυση των μονάδων απεξάρτησης και εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων πρόληψης εξαρτησιογόνων ουσιών στο μαθητικό πληθυσμό, ενισχύοντας το θεσμό των υπεύθυνων Αγωγής Υγείας και σε κάθε εκπαιδευτική διεύθυνση. Για το σκοπό αυτό θα πρέπει να ενισχυθεί ο υπερβολικά μειωμένος προϋπολογισμός του ΚΕ.Ε.ΛΠΝΟ στο πλαίσιο της μείωσης των δημόσιων δαπανών.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ
ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Μάρτιος 2016

Οι επιπτώσεις
στους παράγοντες
συμπεριφοράς που
επιδρούν στην υγεία



E1. Κάπνισμα

E1.1. Εισαγωγή

Το κάπνισμα αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα της δημόσιας υγείας παγκοσμίως¹. Η Ελλάδα έχει το υψηλότερο ποσοστό ενήλικων καπνιστών μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ². Αρκετές έρευνες που έχουν διεξαχθεί στο διάστημα της τελευταίας δεκαετίας στην Ελλάδα³⁻⁵, κατέδειξαν τον υψηλό επιπολασμό του καπνίσματος σε όλα τα κοινωνικό-οικονομικά στρώματα του πληθυσμού.

Παρ' ότι ο επιπολασμός του καπνίσματος στην Ελλάδα έχει καταγραφεί από προηγούμενες έρευνες ως προοδευτικά αυξανόμενος^{3,5-7}, πρόσφατες πανελλαδικές συγχρονικές έρευνες^{8,9} καταγράφουν μείωση στον επιπολασμό του καπνίσματος και στην κατανάλωση καπνού στον ενήλικο ελληνικό πληθυσμό κατά τη χρονική περίοδο 2006-2011¹⁰. Συγκεκριμένα, σε ό,τι αφορά στον επιπολασμό του καπνίσματος στην Ελλάδα, το Ευρωπαϊκό Δίκτυο για την Πρόληψη του Καπνίσματος⁷ αναφέρει πως το 1998, το 47% των ενήλικων ανδρών και το 29% των ενήλικων γυναικών ήταν καθημερινοί καπνιστές. Το 2002, ο επιπολασμός του καπνίσματος στην Ελλάδα ήταν 51% στους άνδρες και 39% στις γυναίκες³.

Το 2009, σύμφωνα με το Ευρωβαρόμετρο, ο επιπολασμός του καπνίσματος του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα ανέρχεται σε 42%, όταν ο αντίστοιχος ευρωπαϊκός μέσος όρος ήταν 29%¹¹. Ακόμη, σύμφωνα με τα αποτελέσματα πρόσφατης πανελλαδικής συγχρονικής έρευνας⁸ που διεξήχθη το 2010, ο επιπολασμός του καπνίσματος ανέρχεται σε 42,6% (45,4% μεταξύ των ανδρών και 39,8% μεταξύ των γυναικών) καταγράφοντας μείωση στον επιπολασμό (-1,16%) και στην κατανάλωση του καπνίσματος στον ενήλικο ελληνικό πληθυσμό κατά τη χρονική περίοδο 2006-2010. Η μεγαλύτερη μείωση (12,9%) καταγράφεται για τους νέους καπνιστές ηλικίας 18-24 ετών και μεταξύ των καθημερινών καπνιστών υψηλής κατανάλωσης, >20 τσιγάρα/ημέρα (-22,5%). Επιπρόσθετα, το 2011 καταγράφεται μείωση 4,7% στον επιπολασμό του καπνίσματος, με τη μεγαλύτερη μείωση να παρατηρείται μεταξύ των καπνιστών μέσης (-2,3%) και καπνιστών υψηλής

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

κατανάλωσης (-2%)¹². Ως συνέπεια της μείωσης στον επιπολασμό του καπνίσματος, καταγράφεται μείωση στην κατανάλωση των τσιγάρων, η οποία έφθασε πρόσφατα σε χαμηλά για τα ελληνικά δεδομένα νούμερα, αγγίζοντας τα 24,9 δις τσιγάρα σε πωλήσεις ή τα 2.197 τσιγάρα κατά κεφαλήν για το έτος 2011. Καταδεικνύεται έτσι μείωση της τάξης του 16% στην κατά κεφαλή κατανάλωση τσιγάρων σε σύγκριση με την κατανάλωση του προηγούμενου έτους¹⁰. Το γεγονός αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό δεδομένου ότι σύμφωνα με στοιχεία του 2009, η Ελλάδα ανήκει στις χώρες με την υψηλότερη ετήσια κατά κεφαλή κατανάλωση τσιγάρων¹³.

Την τελευταία δεκαετία, οι πιο αξιόπιστες πληροφορίες αντλούνται από τη σειρά ερευνών Hellas Health (I, III και IV, V & VI) του Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής – ΙΚΠΙ και της μελέτης επιπολασμού της καπνισματικής συνήθειας σε ενήλικες GATS (Global adult tobacco survey) που διεξήχθη το 2013 από την ΕΣΔΥ και το Τμήμα Υγιεινής του Παν/μίου της Θεσσαλίας¹⁴.

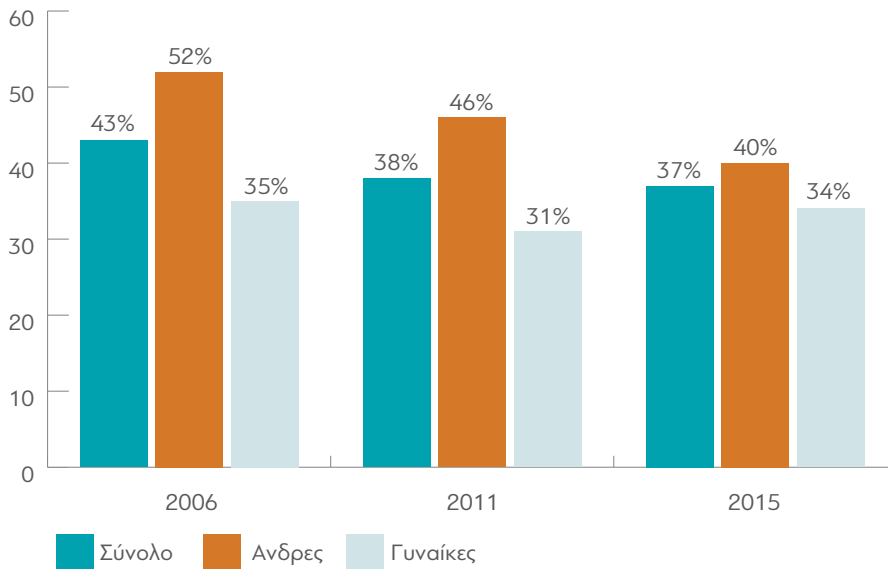
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερευνών “Hellas Health I” (2006) και “Hellas Health IV” (2011), ο επιπολασμός του καπνίσματος στην Ελλάδα το 2011 υπολογίζεται στο 38,1%. Σε σύγκριση με το 2006, ο επιπολασμός του καπνίσματος το 2011, μειώθηκε σημαντικά (38,1% vs. 43,1%, $p=0,023$). Συγκεκριμένα, τα ποσοστά του καθημερινού ή του περιστασιακού καπνίσματος μειώθηκαν στατιστικά σημαντικά στους άνδρες (52,4% vs. 45,7%, $p=0,037$) και στα άτομα ηλικίας 35-54 ετών (55% vs. 45,9%, $p=0,017$), στους έγγαμους (53,3% vs. 33,9%, $p<0,001$), στα άτομα κατώτερου κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου (D/E) (38,9% vs. 29,4%, $p=0,008$), στα άτομα μεσαίου (49,8% vs. 41,5%, $p=0,012$) ή χαμηλού (30,8% vs. 21,1%, $p=0,011$) εκπαιδευτικού επιπέδου και στα άτομα που προέρχονται από τις αστικές περιοχές (45,2% vs. 37,9%, $p=0,005$)^{9,15,16}.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας Hellas Health VI¹⁷, το 37% των Ελλήνων δηλώνουν καπνιστές. Σε σύγκριση με τις μετρήσεις του 2011, το 2015 παρατηρείται μείωση του ποσοστού των ανδρών καπνιστών (46% vs. 40% και παράλληλη αύξηση του ποσοστού των γυναικών καπνιστών (31% vs. 34%) (Σχήμα 1).

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 1: Καπνιστές στον ενήλικο ελληνικό πληθυσμό -2006 vs. 2011 vs. 2015-



Πηγή: ΙΚΠΙ, 2015

Επιπρόσθετα, η συνολική κατανομή της ημερήσιας κατανάλωσης τσιγάρων μεταβλήθηκε σημαντικά ($p < 0,001$) από το 2006. Καταγράφεται μείωση στο ποσοστό των καθημερινών καπνιστών που καπνίζουν >20 τσιγάρα (40,2% vs. 24,7%), η οποία συνεπάγεται αύξηση στο ποσοστό των καθημερινών καπνιστών που καπνίζουν 11-20 τσιγάρα την ημέρα (38,7% vs. 51,8%) και στο ποσοστό των καθημερινών καπνιστών που καπνίζουν λιγότερο από μισό πακέτο την ημέρα, δηλαδή 1-10 τσιγάρα (21,2% vs. 23,5%).

Σε ό,τι αφορά στο ποσοστό των βαρέων καπνιστών, καταγράφεται στατιστικά σημαντική μείωση μεταξύ των ετών 2006-2011 (40,2% vs. 24,7%, $p < 0,001$). Περαιτέρω, η πρόθεση για τη διακοπή του καπνίσματος, το 2011 παρουσιάζει σημαντική αύξηση μεταξύ των ετών 2006-2011 (33,3% vs. 42,4%, $p = 0,007$)⁹.

Σύμφωνα με στοιχεία της μελέτης επιπολασμού της καπνιστικής συνήθειας σε ενήλικες GATS (Global adult tobacco survey) που διεξήχθη το 2013 από την ΕΣΔΥ και το Τμήμα Υγιεινής του Πανεπιστημίου της Θεσσαλίας, με τη διεθνώς αναγνωρισμένη μεθοδολογία στα πρότυπα και υπό την επίβλεψη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και του Κέντρου Ελέγχου των Νόσων της Αμερικής σε πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα 4.359 ατόμων με προσωπική συνέντευξη σε επίπεδο νοικοκυριού αναδείχθηκαν τα εξής:^{14, 18}

Το 51,2% των ανδρών και 25,7% των γυναικών (3,5 εκατομμύρια Έλληνες) δήλωσαν καπνιστές που αντιστοιχεί σε ποσοστό 38,2% των

Ελλήνων του δείγματος. Το 50,7% αυτών ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 25-44 ετών (64,2% είναι άνδρες και 37% γυναίκες). Καθημερινοί καπνιστές δήλωσαν ότι είναι το 36,6% του συνόλου, εκ των οποίων το 49,3% ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 25-44 ετών. Οι άνδρες σε ποσοστό 49,7% δήλωσαν καθημερινοί καπνιστές και οι γυναίκες σε ποσοστό 23,9%. Αξίζει να σημειωθεί ότι το 63,2% των καθημερινών ανδρών καπνιστών ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 25-44 ετών και το 53,1% στην ηλικιακή ομάδα 45-64 ετών.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Μελέτης Νοσηρότητας και Παραγόντων Κινδύνου (Ε.ΜΕ.ΝΟ) που διεξήχθη το 2015 από την Ιατρική Σχολή του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών σε συνεργασία με όλες τις Ιατρικές Σχολές των ελληνικών πανεπιστημίων και το Πάντειο Πανεπιστήμιο, με συγχρηματοδότηση από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και εθνικούς πόρους, το 38% του γενικού ενήλικου πληθυσμού της Ελλάδας είναι ενεργοί καπνιστές και το 16% πρώην καπνιστές. Η μέση ηλικία έναρξης καπνίσματος είναι τα 18,9 έτη. Σημαντική διαφορά παρατηρείται μεταξύ των ηλικιακών ομάδων με τους νεότερους να αρχίζουν το κάπνισμα σε μικρότερες ηλικίες. Οι άνδρες, τα άτομα ηλικίας <50 ετών, τα άτομα μη πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, όσοι καταναλώνουν αλκοόλ και οι άνεργοι έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι καπνιστές¹⁹.

Ε1.2. Παθητικό Κάπνισμα

Η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα αποτελεί για την Ελλάδα μείζον πρόβλημα καθώς μόνο 1 στους 3 Έλληνες απαγορεύουν το κάπνισμα στο σπίτι, ενώ η απουσία επίσημης πολιτικής ή η μη απαγόρευση του καπνίσματος στο χώρο εργασίας, αναφέρεται από το 28,8% των καπνιστών και των μη καπνιστών. Επιπρόσθετα, η έκθεση στον περιβαλλοντικό καπνό αναφέρεται από τη συντριπτική πλειοψηφία των Ελλήνων, τόσο στο χώρο εργασίας, όσο και στα εστιατόρια ή στα μπαρ/κλαμπ/καφέ που επισκέπτονται (41,6%, 84,1% και 90,5% αντίστοιχα)²⁰. Σύμφωνα με τα δεδομένα των ερευνών Hellas Health III (2010), "Hellas Health IV" (2011) και Hellas Health V (2013), οι Έλληνες αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα καπνού το 2013 σε σύγκριση με το 2010, τόσο σε εστιατόρια, όσο και σε καφέ μπαρ που επισκέπτονται^{16,21,22}.

Ε1.3. Συμπεράσματα

- Οι τάσεις στον επιπολασμό, στην κατανάλωση και στην πρόθεση για τη διακοπή του καπνίσματος εμφανίζονται πτωτικές στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών.
- Οι πολιτικές για τον έλεγχο του καπνίσματος που εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα, καθώς και η τρέχουσα οικονομική κρίση που υφίσταται η χώρα, με τις συνακόλουθες δημοσιονομικές αλλαγές και τα μέτρα λιτότητας,

φαίνεται να επιδρούν θετικά στη μείωση του επιπολασμού και της κατανάλωσης του καπνίσματος, καθώς και στην ενίσχυση της πρόθεσης για διακοπή.

- Παρά την σημαντική μείωση στα ποσοστά των καπνιστών, η Ελλάδα χαρακτηρίζεται ακόμη από υψηλό επιπολασμό του καπνίσματος και από υψηλά επίπεδα έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα, τόσο στους χώρους εργασίας και στους χώρους μαζικής εστίασης και φιλοξενίας, αλλά και στα νοικοκυριά.

* * *

Βιβλιογραφία

1. Vardavas CI, Kafatos AG. Smoking policy and prevalence in Greece: an overview. *Eur J Public Health*. 2007;17(2):211-3.
2. OECD health indicators. Health at a glance. OECD publishing; 2011. Available from: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en. [accessed 2013 Feb 15].
3. Pitsavos C, Panagiotakos DB, Chrysohoou C, Stefanadis C. Epidemiology of cardiovascular risk factors in Greece: aims, design and baseline characteristics of the ATTICA study. *BMC Public Health*. 2003;3:32.
4. Sotiropoulos A, Gikas A, Spanou E, Dimitrellos D, Karakostas F, Skliros E, et al. Smoking habits and associated factors among Greek physicians. *Public Health*. 2007;121(5):333-40.
5. Filippidis FT, Tzavara C, Dimitrakaki C, Tountas Y. Compliance with a healthy lifestyle in a representative sample of the Greek population: Preliminary results of the Hellas Health I study. *Public Health*. 2011;125(7):436-41.
6. European Commission. Directorate General Health and Consumers. Special Eurobarometer 332/Wave 72.3. Tobacco; 2010. Available from: http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/ebs332_en.pdf. [accessed 2012 Mar 20].
7. European Status Report 2001: A project of the European network for smoking prevention (ENSP). Brussels, Belgium; 2001.
8. Filippidis FT, Vardavas CI, Loukopoulou A, Behrakis P, Connolly GN, Tountas Y, 2012. Prevalence and determinants of tobacco use among adults in Greece: 4 year trends. *Eur J Public Health* Oct 31 [Epub ahead of print].
9. Schoretsaniti S, Filippidis FT, Dimitrakaki C, Vardavas CI, Behrakis P, Connolly GN, Tountas Y. 5-year trends in the intention to quit smoking amidst the economic crisis and after recently implemented tobacco control measures in Greece. *Addictive Behaviors*. 2014;39(1):140-5.
10. Alpert HR, Vardavas CI, Chaloupka FJ, Vozikis A, Athanasakis K, Kyriopoulos I, et al. The recent and projected public health and economic benefits of cigarette taxation in Greece. *Tob Control*.

- 2013;Mar 6 [Epub ahead of print].
11. European Commission. Directorate General Health and Consumers. Special Eurobarometer 332/Wave 72.3. Tobacco; 2010. Available from: http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/ebs332_en.pdf. [accessed 2012 Mar 20].
 12. Vardavas CI, Behrakis P. Greece: consumption down at last. *Tob Control*. 2012;21:2-3.
 13. Eriksen M, Mackay J, Ross H. The tobacco atlas. 4th edition. Available from: <http://www.tobaccoatlas.org/>. [accessed 2013 Oct 30]
 14. ΕΣΔΥ, Θεσσαλίας Π. GATS: Global Adult Tobacco Survey. Fact sheet: Greece. WHO & US CDC Foundation. 2013.
 15. ΙΚΠΙ. Hellas Health I. Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών; 2006.
 16. ΙΚΠΙ. Hellas Health IV. Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών; 2011.
 17. ΙΚΠΙ. Hellas Health VI. Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών; 2015.
 18. Palipudi KM, Morton J, Hsia J, Andes L, Asma S, Talley B, et al. Methodology of the Global Adult Tobacco Survey -- 2008-2010. *Glob Health Promot*. 2013 Sep 16;1757975913499800 –
 19. ΕΚΠΑ. Ιατρική Σχολή. Εθνική Μελέτη Νοσηρότητας και Παραγόντων Κινδύνου (Ε.ΜΕ.ΝΟ). Αθήνα: Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρικές Σχολές των Ελληνικών Πανεπιστημίων και Πάντειο Πανεπιστήμιο; 2015
 20. Schoretsaniti S, Filippidis FT, Dimitrakaki C, Vardavas CI, Behrakis P, Connolly GN, Tountas Y. 5-year trends in the intention to quit smoking amidst the economic crisis and after recently implemented tobacco control measures in Greece. *Addictive Behaviors*. 2014;39(1):140-5.
 21. ΙΚΠΙ. Hellas Health III. Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών; 2010.
 22. ΙΚΠΙ. Hellas Health V. Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών; 2013.

E2. Διατροφή

E2.1. Διατροφική Κατανάλωση

Το πολύ υψηλό προσδόκιμο ζωής των Ελλήνων κατά το παρελθόν, οφειλόταν κυρίως στη μεσογειακή δίαιτα, χάρη στην οποία, ακόμα και τα τελευταία χρόνια που η διατροφή κατά 50% έχει αλλάξει προς το χειρότερο, οι Έλληνες παρουσιάζουν μικρότερη συχνότητα καρκίνων από τους άλλους λαούς της Ευρώπης.

Από τη γνωστή πυραμίδα της μεσογειακής διατροφής, την πιο σημαντική προστασία στην υγεία παρέχουν τα φρούτα και τα λαχανικά. Σύμφωνα με διεθνή και ελληνικά δεδομένα, μείωση σημειώνει η κατανάλωση φρούτων κατά την πενταετία 2006-2011, η οποία από 157 κιλά/άτομο/έτος το 2006 μειώθηκε στα 120,7 κιλά/άτομο/έτος το 2011 (Πίνακας 1, Σχήμα 1)¹.

Κατά την πενταετία 2006-2011, φαίνεται ότι η κατανάλωση λαχανικών παρουσιάζει σταθερή τάση και συγκεκριμένα από 234,4 κιλά/άτομο/έτος το 2006 μειώνεται ελαφρώς στα 232,1 κιλά/άτομο/έτος το 2011 (Πίνακας 1)¹.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Πίνακας 1: Διαχρονική μεταβολή στην κατανάλωση τροφίμων (κιλά/άτομο/έτος) στην Ελλάδα, 1961-2011

ΤΡΟΦΙΜΑ	1961	1971	1981	1991	2001	2006	2011
Φρούτα	114,6	117,2	155,4	142,2	170,7	157,3	120,7
Λαχανικά	133,5	228	284,3	300,4	281,3	234,4	232,1
Δημητριακά	166,8	153	152,4	150,8	151,3	147,8	136,9
Πατάτες	31,8	51,7	76	72,5	73,7	72,2	65,4
Όσπρια	7,9	6,9	5,6	6,5	4,1	4,5	4,8
Κρέας	21,1	50,8	61,1	70,7	86,3	79,2	80,6
Ψάρια & θαλασσινά	16,2	15,2	17,3	20,2	22	21,3	19,6
Αυγά	5,7	11,2	11,1	10,6	9,5	8,7	8,9
Ελαιόλαδο	14,6	21,8	19,4	17,7	15,3	14,9	14,7
Ξηροί καρποί	8,3	7,5	10,2	10,3	11,9	11,1	10,9
Φυτικά έλαια	17,5	23,6	22,7	26,5	24,2	25,1	26,5
Ζωικό λίπος	1,9	1,7	1,9	2,3	3,1	4,1	5,6
Ζάχαρη	15,3	24,4	32,1	30,7	34,4	34,8	27,3
Κρασί	33,7	24,8	23,9	17,1	25,3	26,1	15,4
Οινοπνευματώδη ποτά	40,3	36,5	58,0	59,6	70,0	67,7	53,3
Καφές	0,9	1,5	2,3	4,1	4,8	5,3	5,7

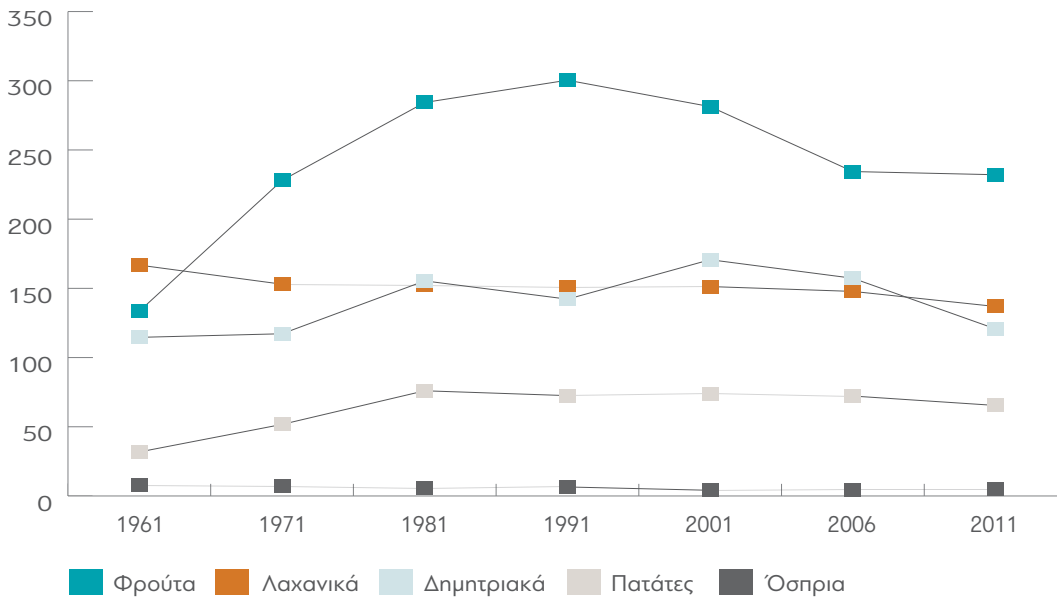
Πηγή: FAO, 2011

Για το έτος 2011, η κατανάλωση δημητριακών (με εξαίρεση αυτά που χρησιμοποιούνται για την παραγωγή της μπίρας) παρουσιάζει πτώση κατά δέκα μονάδες περίπου από το 2006 (147,8 κιλά/άτομο/έτος) έως το 2011 (136,9 κιλά/άτομο/έτος). Κατά την πενταετία 2006-2011, μείωση παρουσίασε η κατανάλωση πατάτας (από 72,2 κιλά/άτομο/έτος το 2006 σε 65,4 κιλά/άτομο/έτος το 2011). Σταθερή εμφανίζεται η κατανάλωση των οσπρίων από τον ελληνικό πληθυσμό κατά την ίδια πενταετία (4,5 κιλά/άτομο/έτος το 2006 σε 4,8 κιλά/άτομο/έτος το 2011) (Σχήμα 1)¹.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 1: Διαχρονική μεταβολή της κατανάλωσης φρούτων, λαχανικών, δημητριακών, αμυλούχων ριζών (κυρίως πατάτας) και οσπρίων (κιλά/άτομο/έτος) στην Ελλάδα κατά το χρονικό διάστημα 1961-2011



Πηγή: FAO, 2011

Αυξητική τάση παρουσίασε η κατανάλωση πλήρους γάλακτος την ίδια πενταετία (86,4 κιλά/άτομο/έτος το 2006 σε 96,7 κιλά/άτομο/έτος το 2011), ενώ σχετικά σταθερή παρέμεινε η κατανάλωση τυριού κατά την ίδια χρονική περίοδο (24,9 κιλά/άτομο/έτος το 2006 σε 26,7 κιλά/άτομο/έτος το 2011).

Επίσης, σταθερή καταγράφεται η κατανάλωση κρέατος (βοδινό, χοιρινό, πουλερικά, κατσικίσιο και πρόβειο κρέας) στην Ελλάδα κατά την πενταετία 2006-2011 (από 79,2 κιλά/ άτομο/έτος το 2006 υπολογίστηκε στα 80,6 κιλά/άτομο/έτος το 2011). Επίσης, σταθερή διατηρήθηκε η κατανάλωση ψαριών και θαλασσινών (από 21,3 κιλά/ άτομο/έτος το 2006 σε στα 19,6 κιλά/άτομο/έτος το 2011) αλλά και αυγών (από 8,7 κιλά/ άτομο/έτος το 2006 στα 8,9 κιλά/άτομο/έτος το 2011) (Πίνακας 1)¹.

Σταθερή κατά την ίδια πενταετία φαίνεται να είναι και η κατανάλωση ελαιολάδου (14,9 κιλά/άτομο/έτος το 2006 σε 14,7 κιλά/άτομο/έτος το 2011) και ξηρών καρπών (11,1 κιλά/άτομο/έτος το 2006 σε 10,9 κιλά/άτομο/έτος το 2011). Ελαφρά αύξηση παρουσιάζει η κατανάλωση φυτικών ελαίων (25,1 το 2006 και 26,5 το 2011) καθώς και του ζωικού λίπους (4,1 κιλά/άτομο/έτος το 2006 και 5,6 κιλά/άτομο/έτος το 2011) (Πίνακας 1)¹.

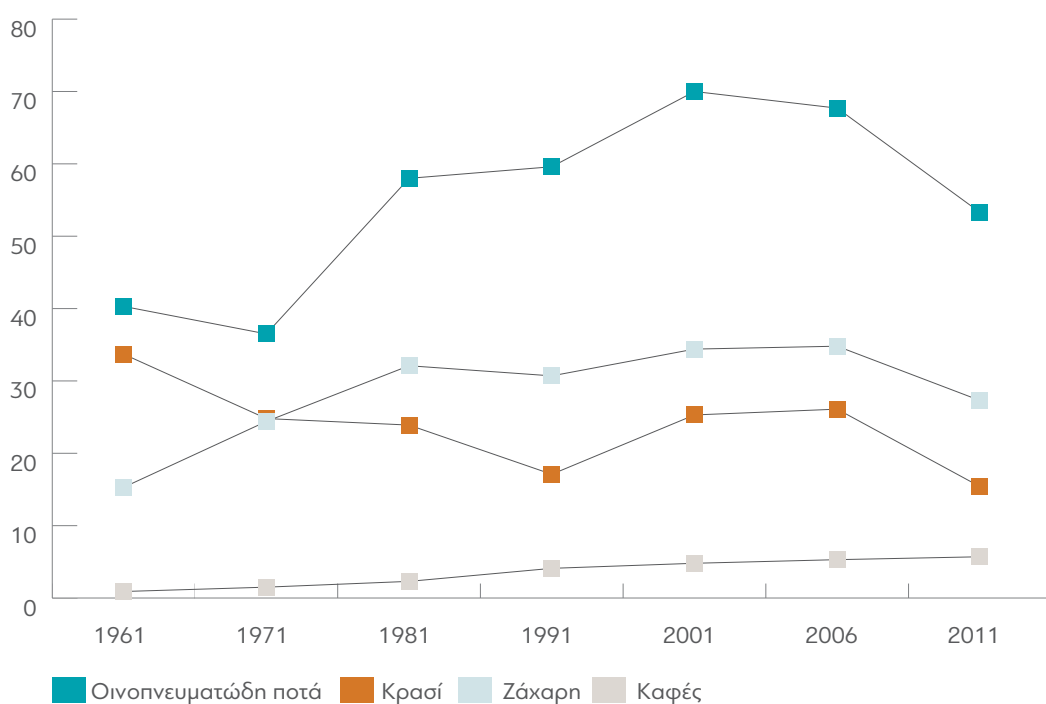
Μεταξύ των ετών 2006-2011, σημαντική μείωση καταγράφεται στην κατανάλωση ζάχαρης (34,8 το 2006 σε 27,3 κιλά/άτομο/έτος το

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

2011), κρασιού (26,1 το 2006 σε 15,4 κιλά/άτομο/έτος το 2011) και οινοπνευματωδών ποτών (67,7 και 53,3 κιλά/άτομο/έτος, αντίστοιχα) ενώ σταθερή παρέμεινε η κατανάλωση καφέ (5,3 και 5,7 κιλά/άτομο/έτος, αντίστοιχα) (Σχήμα 2)¹.

Σχήμα 2: Διαχρονική μεταβολή της κατανάλωσης ζάχαρης, καφέ, κρασιού και οινοπνευματωδών ποτών (κιλά/άτομο/έτος) στην Ελλάδα κατά το χρονικό διάστημα 1961-2011



Πηγή: FAO, 2011

Επίσης, κατά την περίοδο 2013-2014, πραγματοποιήθηκε από το Ελληνικό Ίδρυμα Υγείας και το Κέντρο Ελέγχου & Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.Ε.ΛΠ.ΝΟ), η μελέτη ΥΔΡΙΑ, σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα, με σκοπό να αποτυπωθούν, μεταξύ άλλων και οι διατροφικές επιλογές του ελληνικού πληθυσμού².

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής, τόσο οι άνδρες, όσο και οι γυναίκες ηλικίας άνω των 65 ετών, φαίνεται ότι ακολουθούν συχνότερα το πρότυπο της Μεσογειακής Διατροφής (περισσότερα λαχανικά, φρούτα, όσπρια και ψάρια), σε σχέση με τα νεότερα άτομα. Διαφαίνεται επίσης η τάση ότι οι μικρότερες ηλικιακές ομάδες απομακρύνονται από την παραδοσιακή Μεσογειακή Διατροφή².

Επίσης, οι Έλληνες καταναλώνουν συχνά ψωμί (και άλλα δημητριακά), λαχανικά, γαλακτοκομικά και κρέας, λιγότερα φρούτα, όσπρια και ψάρια, ενώ το 80% της πρόσληψης προστιθέμενων λιπιδίων προέρχεται από την κατανάλωση ελαιόλαδου².

E2.2. Φρούτα και Λαχανικά

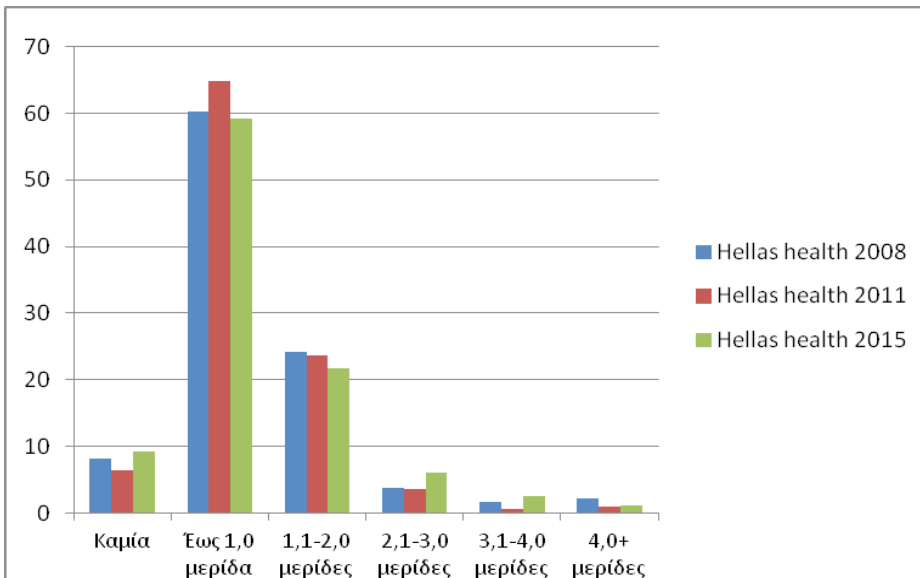
Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα ελληνικά δεδομένα (2015), οι ενήλικες ανά ημέρα καταναλώνουν τις ακόλουθες μερίδες λαχανικών και φρούτων αντίστοιχα: το 9% και το 15% δεν καταναλώνουν καμιά μερίδα, το 59% και το 46% καταναλώνουν έως 1 μερίδα, το 22% και το 24% 1, 1-2,0 μερίδες, το 6% και το 9% 2,1-3,0 μερίδες, το 3% και το 4% 3,1-4,0 μερίδες ενώ το 1% και το 2% καταναλώνει πάνω από 4 μερίδες³.

Συγκρίνοντας τα ευρήματα των τριών διαδοχικών ερευνών Hellas Health II (4) (2008), Hellas Health IV⁵ (2011), Hellas Health VI³ (2015), που έλαβαν χώρα τα τελευταία χρόνια, διαπιστώνεται ότι ως προς την κατανάλωση των λαχανικών, δεν παρατηρούνται αξιοσημείωτες διαφορές. Ένα σταθερό ποσοστό των ερωτηθέντων (60-65%) καταναλώνει το πολύ μία μερίδα την ημέρα, ενώ μόλις το 5% καταναλώνει 2-3 μερίδες λαχανικών (Σχήμα 3)³⁻⁵.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 3: Συγκριτική απεικόνιση των αποτελεσμάτων των ερευνών Hellas Health 2008, 20011, 2015, σχετικά με την κατανάλωση λαχανικών



Πηγή: ΙΚΠΙ, 2008, 2011, 2015

Όσον αφορά την κατανάλωση φρούτων, όπως προκύπτει από τις έρευνες Hellas Health II (2008), Hellas Health IV (2011), Hellas Health VI (2015), επίσης δεν παρατηρούνται αξιοσημείωτες διαφορές. Ένα ποσοστό περίπου 46% των ερωτηθέντων καταναλώνει μέχρι μία μερίδα φρούτων την ημέρα, ενώ σχεδόν το 10% 2-3 μερίδες³⁻⁵.

Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ για το 2013, μεταξύ των 29 χωρών που παρέχουν στοιχεία, σχεδόν το 55 % των ανδρών και το 66 % των γυναικών κατά μέσο όρο ανέφεραν ότι τρώνε φρούτα καθημερινά, ενώ το 60% των ανδρών και το 70% των γυναικών ανέφεραν ότι καταναλώνουν καθημερινά λαχανικά⁶.

Οι γυναίκες αναφέρουν ότι τρώνε φρούτα και λαχανικά πιο συχνά απ' ό,τι οι άνδρες, τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω είναι πιο πιθανό να τρώνε φρούτα και λαχανικά από εκείνα ομάδα μικρότερης ηλικίας - με τη χαμηλότερη κατανάλωση σε άτομα ηλικίας 15-24 ετών. Η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών ποικίλλει επίσης ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο και είναι υψηλότερη μεταξύ των ατόμων με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης⁶.

E2.3. Παιδιά και Έφηβοι

Τα ποσοστά των εφήβων που καταναλώνουν φρούτα και λαχανικά τουλάχιστον 5 φορές την εβδομάδα παρουσιάζουν μια ελαφρά αύξηση από το 2002 και μετά (23,5% το 2002), (26% το 2006), (30,9% το 2010)

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

και (31,6 το 2014), ιδιαίτερα τα κορίτσια και οι μικρότερες ηλικίες της εφηβείας, σύμφωνα με άλλη πρόσφατη μελέτη. Επίσης, η κατανάλωση γλυκών και αναψυκτικών τουλάχιστον, 5 ημέρες την εβδομάδα είχε αυξητική τάση από το 2002 (41,2%) έως το 2006 (45,4%), ενώ από το 2010 μέχρι το 2014 εμφανίζει ελαφρά μείωση (35,5% και 32,7% αντίστοιχα). Η ποιότητα της διατροφής των εφήβων είναι χειρότερη στις μεγαλύτερες εφηβικές ηλικίες συγκριτικά με τις μικρότερες. Αν και οι διατροφικές συνήθειες των εφήβων φαίνεται ότι βελτιώνονται στη χώρα μας, μια σημαντική μερίδα τους εξακολουθεί να μην τρέφεται υγιεινά και να μην ασκείται⁷.

Επίσης, τα ποσοστά των παιδιών που καταναλώνουν λαχανικά σε ημερήσια βάση παρουσίασαν αύξηση, τόσο για τα αγόρια όσο και για τα κορίτσια το έτος 2009-2010, σε σχέση με αυτά του 2001-2002. Η μεγαλύτερη αύξηση, άνω του 10% σημειώθηκε στην Ελλάδα (και για τα δύο φύλα) όπως και στη Δανία, στη Νορβηγία και στην Ισπανία. Η αντίστοιχη αύξηση για την κατανάλωση φρούτων ήταν μικρότερη κατά την τελευταία δεκαετία⁸.

Όπως προέκυψε από τη σχετική μελέτη του προγράμματος ΔΙΑΤΡΟΦΗ, το οποίο πραγματοποιήθηκε κατά το διάστημα 2012-2013 και είχε σκοπό την υποβοήθηση της σίτισης παιδιών (3-12 ετών) και εφήβων (13-18 ετών) στα σχολεία περιοχών της Ελλάδας που μαστίζονται από την οικονομική κρίση, φαίνεται ότι οι συνέπειές της αποτυπώνονται στην κακή ποιότητα της διατροφής των παιδιών και των εφήβων που ζουν εκεί⁹.

Οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών και των εφήβων διαμορφώνονται από τους παράγοντες που επηρεάζουν το κοινωνικό –οικονομικό επίπεδο της οικογένειάς τους, όπως το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η ανεργία, η έλλειψη πηγής εισοδήματος και η επισιτιστική ανασφάλεια. Έτσι, τα παιδιά που οι γονείς τους ανήκουν σε κατώτερο κοινωνικό – οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο έχουν χειρότερη ποιότητα διατροφής και ασχολούνται λιγότερο με αθλητικές δραστηριότητες⁹.

Αναλύοντας δεδομένα από την ίδια μελέτη όσον αφορά τις αντιλήψεις των γονέων σχετικά με την υγιεινή διατροφή, προκύπτει ότι παρ' όλο που οι γονείς γνωρίζουν ότι η Μεσογειακή διατροφή αποτελεί ένα παραδοσιακό και υγιεινό διαιτητικό Σχήμα, δυσκολεύονται να την εφαρμόσουν στα παιδιά τους αναφέροντας ως έναν από τους κυριότερους λόγους τις οικονομικές δυσκολίες¹⁰.

Σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών, κατά το σχολικό έτος 2013-14 ένα μεγάλο ποσοστό των μαθητών της χώρας από 5-18 ετών (63,6%) φάνηκε να απέχει σε μεγάλο βαθμό από το διατροφικό πρότυπο

της Μεσογειακής δίαιτας, χωρίς να αναδεικνύονται σημαντικές διαφορές μεταξύ αγοριών και κοριτσιών και μεταξύ διαφορετικών περιφερειών της χώρας. Αξιοσημείωτο είναι ότι προοδευτικά, από το Δημοτικό στο Λύκειο, ο βαθμός προσκόλλησης των μαθητών στη Μεσογειακή δίαιτα μειώνεται, τόσο στα αγόρια (μείωση κατά 18,3%) όσο και στα κορίτσια (μείωση κατά 23,6%)¹¹.

E2.4. Συμπεράσματα

- Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία στη χώρα μας, το διάστημα 2006-2011 παρουσιάζει μείωση η κατανάλωση δημητριακών, πατάτας, κρασιού, οιοπνευματωδών και ζάχαρης, ενώ σταθερή έμεινε η κατανάλωση κρέατος, ψαριών, αυγών, οσπρίων, τυριού, ελαιόλαδου και καφέ.
- Όσον αφορά την κατανάλωση των λαχανικών, συγκρίνοντας τα ευρήματα των τριών διαδοχικών ερευνών Hellas Health, ένα σταθερό ποσοστό 60-65% του ελληνικού πληθυσμού καταναλώνει το πολύ μία μερίδα την ημέρα, ενώ μόλις το 5% καταναλώνει 2-3 μερίδες λαχανικών. Όσον αφορά την κατανάλωση φρούτων, το 46% καταναλώνει μέχρι μία μερίδα φρούτων την ημέρα, ενώ σχεδόν το 10% 2-3 μερίδες.
- Σύμφωνα με την μελέτη ΥΔΡΙΑ, που πραγματοποιήθηκε το 2013-2014, οι άνδρες και οι γυναίκες ηλικίας άνω των 65 ετών φαίνεται ότι ακολουθούν συχνότερα το πρότυπο της Μεσογειακής Διατροφής, ενώ οι μικρότερες ηλικιακά ομάδες απομακρύνονται από αυτήν.
- Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ για το 2013, σχεδόν το 55% των ανδρών και το 66 % των γυναικών κατά μέσο, όρο ανέφεραν ότι τρώνε φρούτα καθημερινά, ενώ το 60% των ανδρών και το 70% των γυναικών ανέφεραν ότι καταναλώνουν καθημερινά λαχανικά. Οι γυναίκες αναφέρουν ότι τρώνε φρούτα και λαχανικά πιο συχνά από ότι οι άνδρες, τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω είναι πιο πιθανό να τρώνε φρούτα και λαχανικά από εκείνα ομάδα μικρότερης ηλικίας - με τη χαμηλότερη κατανάλωση σε άτομα ηλικίας 15-24 ετών.
- Η ποιότητα της διατροφής των εφήβων στη χώρα μας είναι χειρότερη στις μεγαλύτερες εφηβικές ηλικίες συγκριτικά με τις μικρότερες. Αν και οι διατροφικές συνήθειες των εφήβων φαίνεται ότι βελτιώνονται, μια σημαντική μερίδα τους εξακολουθεί να μην τρέφεται υγιεινά και να μην ασκείται.
- Κατά το σχολικό έτος 2013-14, ένα μεγάλο ποσοστό των μαθητών της χώρας από 5-18 ετών (63,6%), φάνηκε να απέχει σε μεγάλο βαθμό από το διατροφικό πρότυπο της Μεσογειακής δίαιτας.
- Η χώρα μας αν και εξακολουθεί να εφαρμόζει τη Μεσογειακή Διατροφή σε υψηλότερα επίπεδα από τις Ευρωπαϊκές χώρες, τα τελευταία χρόνια παρουσιάζει απόκλιση από την προσκόλληση στην μεσογειακή διατροφή και την προστατευτική της δράση για την υγεία ειδικά στις νεότερες ηλικίες.
- Σύμφωνα με μελέτη, που πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του

προγράμματος ΔΙΑΤΡΟΦΗ (2012-2013), οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών και των εφήβων διαμορφώνονται από τους παράγοντες που επηρεάζουν το κοινωνικό –οικονομικό επίπεδο της οικογένειάς τους, όπως το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η ανεργία, η έλλειψη πηγής εισοδήματος και η επισιτιστική ανασφάλεια.

- Από την ίδια μελέτη προκύπτει, όσον αφορά τις αντιλήψεις των γονέων σχετικά με την υγιεινή διατροφή, ότι, παρόλο που οι γονείς γνωρίζουν ότι η Μεσογειακή διατροφή αποτελεί ένα παραδοσιακό και υγιεινό διαιτητικό Σχήμα, δυσκολεύονται να την εφαρμόσουν στα παιδιά τους αναφέροντας τις οικονομικές δυσκολίες ως έναν από τους κυριότερους λόγους.

* * *

Βιβλιογραφία

1. FAO. Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2011. Available from: <http://www.fao.org/home/en/>
2. «ΥΔΡΙΑ. Πρόγραμμα και στοχευόμενη δράση για την υγεία και τη διατροφή του Ελληνικού πληθυσμού: ανάπτυξη και εφαρμογή μεθοδολογίας και αποτύπωση». [accessed 2016, Jan.22] Available from: <http://www.hydrria-nhns.gr/>
3. ΙΚΠΙ. Hellas Health VI. Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών; 2015.
4. ΙΚΠΙ. Hellas Health II. Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών; 2008.
5. ΙΚΠΙ. Hellas Health IV, Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών; 2011.
6. OECD (2015), Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. [accessed 2016 Jan 29]. Available from: <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>
7. ΕΠΙΨΥ. Πανελλήνια έρευνα στους μαθητές εφηβικής ηλικίας για συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής; 2014 [accessed 2015 Jul 15]. Available from: http://www.epipsi.gr/Tekmiriosi/epid/Epidimiologikes_erevnes/hbscgr.php
8. OECD. Health at a glance 2013. OECD Indicators. OECD Publishing; 2013 [accessed 2015 Jul 14]. Available from: <http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a->

glance-2013_health_glance-2013-en

9. Yannakoulia M., Lykou A., Kastorini C.M., Saranti -Papasaranti E., Petralias A., Veloudaki A. and Linos A., Socio-economic and lifestyle parameters associated with diet quality of children and adolescents using classification and regression tree analysis: the DIATROFI study. *Public Health Nutrition*,:2016;19(2), 339-347.
10. Dalma A, Kastorini CM, Zota D, Veloudaki A, Petralias A, Yannakoulia M, Linos A. Perceptions of parents and children, participating in a school-based feeding programme in disadvantaged areas in Greece: a qualitative study. *Child Care Health Dev.* 2016 Jan 12. doi: 10.1111/cch.12315 [Epub ahead of print]
11. Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο. Πρόγραμμα ΕΥΖΗΝ - Εθνική δράση Υγείας για τη Ζωή των Νέων. Αξιολόγηση Σωματικής Διάπλασης, Διατροφικών Συνηθειών και Σωματικής Δραστηριότητας Μαθητών. Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο σε συνεργασία με τα Υπουργεία Παιδείας & Θρησκευμάτων και Πολιτισμού & Αθλητισμού [accessed 2015 Jul 15]. Available from: <http://eyzin.minedu.gov.gr/Pages/Home.aspx>

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

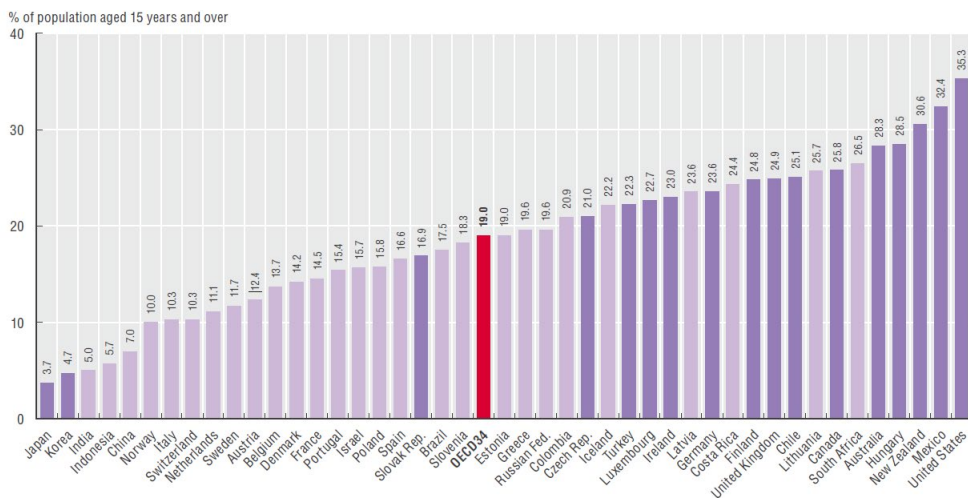
ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Ε3. Παχυσαρκία

Ε3.1. Παχυσαρκία Ενηλίκων

Σύμφωνα με την πλέον πρόσφατη έκθεση του ΟΟΣΑ (2015), η Ελλάδα το 2013 εμφανίζει στα άτομα ηλικίας άνω των 15 ετών, ποσοστό παχυσαρκίας 19.6% του πληθυσμού (Σχήμα 1)¹.

Σχήμα 1: Ποσοστά επιπολασμού παχυσαρκίας ενηλίκων (% του πληθυσμού άνω των 15 ετών) για το 2013 (ή και εγγύτερα)



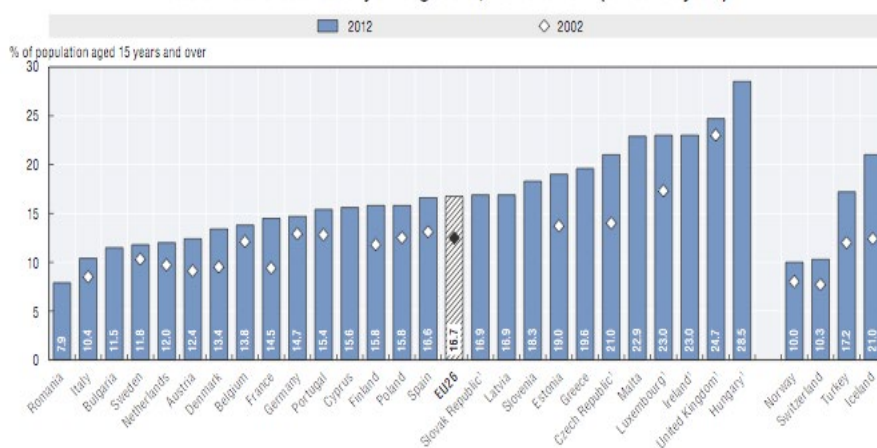
Πηγή: ΟΟΣΑ, 2015

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σύμφωνα με την έκθεση του ΟΟΣΑ (2014), (2) η Ελλάδα το 2012 κατατάσσεται στην 8η θέση μεταξύ των 26 συμμετεχόντων χωρών, με ποσοστό παχυσαρκίας σε άτομα ηλικίας άνω των 15 ετών 19.5% του πληθυσμού (Σχήμα 2).

Σχήμα 2: Επιπολασμός (% του πληθυσμού άνω των 15 ετών) παχυσαρκίας μεταξύ ενηλίκων κατά έτη 2002 και 2012 (ή εγγύτερα έτη) σε χώρες του ΟΟΣΑ



1. Data are based on measured rather than self-reported height and weight.

Source: OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> completed with Eurostat Statistics Database.

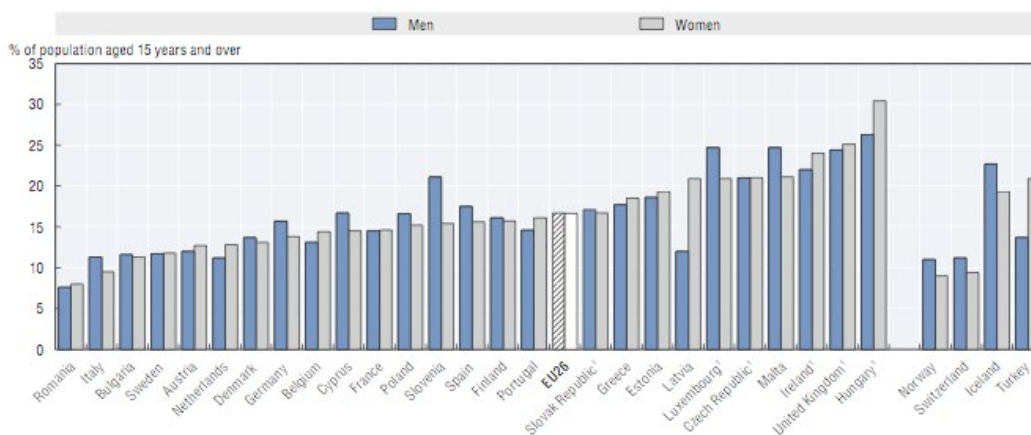
Πηγή: ΟΟΣΑ, 2014

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016


Τα αντίστοιχα δεδομένα καταγραφής του επιπολασμού παχυσαρκίας μεταξύ αντρών και γυναικών, καταδεικνύουν υπεροχή των γυναικών στα άτομα ηλικίας άνω των 15 ετών (Σχήμα 3)².

Σχήμα 3: Επιπολασμός παχυσαρκίας (% του πληθυσμού άνω των 15 ετών) μεταξύ αντρών και γυναικών, 2012 (ή εγγύτερα έτη)



1. Data are based on measured rather than self-reported height and weight.

Source: OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> completed with Eurostat Statistics Database.

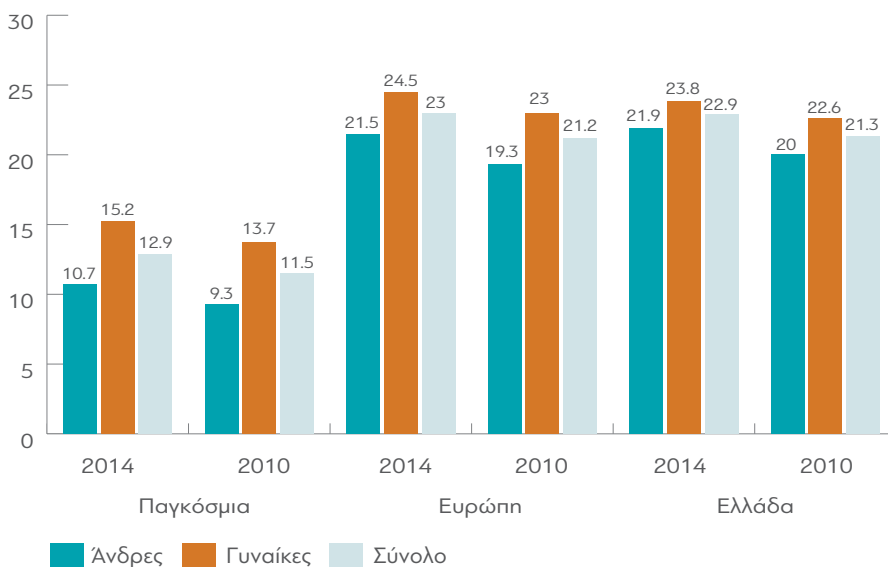
StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933155531>

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Όσον αφορά στην παχυσαρκία, κατά τη διάρκεια της πενταετίας 2010-2014, το ποσοστό των παχύσαρκων ενηλίκων στην Ελλάδα αυξήθηκε ελαφρά από το 21,3% το 2010, στο 22,9% το 2014. Τα ποσοστά παχυσαρκίας των Ελλήνων αυτή την πενταετία είναι παρόμοια με τα αντίστοιχα ευρωπαϊκά και πολύ υψηλότερα (σχεδόν διπλάσια) από τα διεθνή (Σχήμα 4)^{3,4,5,6}.

Σχήμα 4: Διαχρονικές μεταβολές στα ποσοστά (%) των παχύσαρκων ενηλίκων σε παγκόσμιο, ευρωπαϊκό και ελληνικό επίπεδο, για το σύνολο και ανά φύλο, την πενταετία 2010-2014



Πηγή: WHO, 2014, 2015

Τα νεότερα δεδομένα του 2015 για την Ελλάδα, αναδεικνύουν χαμηλότερο ποσοστό υπέρβαρων και παχύσαρκων ενηλίκων (41,5% και 17,4% αντίστοιχα). Οι άνδρες, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία, οι έγγαμοι, τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και κοινωνική θέση έχουν περισσότερες πιθανότητες να είναι υπέρβαροι/παχύσαρκοι⁷.

Ανάλογα συμπεράσματα προκύπτουν και από τη μελέτη ΥΔΡΙΑ, που πραγματοποιήθηκε σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού πληθυσμού κατά την περίοδο 2013-2014. Επτά στους δέκα ενήλικες μόνιμους κατοίκους της Ελλάδας είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι, με το υψηλότερο ποσοστό παχύσαρκων ενηλίκων ατόμων να παρατηρείται στην περιοχή νήσων Αιγαίου και Κρήτης (43%), ενώ το μικρότερο ποσοστό στην Αττική (30%)⁸.

Οι άνδρες είναι συχνότερα υπέρβαροι, ενώ οι γυναίκες είναι συχνότερα παχύσαρκες. Ως προς την ηλικία, το υψηλότερο ποσοστό υπέρβαρων ατόμων παρατηρήθηκε στην ηλικιακή ομάδα 50-64 ετών, ενώ το υψηλότερο ποσοστό παχύσαρκων ατόμων παρατηρήθηκε στην ηλικιακή ομάδα 65-79 ετών⁸.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Τέλος, το 50% του πληθυσμού, τόσο των ανδρών, όσο και των γυναικών, έχει αυξημένο κίνδυνο για μεταβολικές επιπλοκές, όπως προκύπτει από τα σωματομετρικά τους χαρακτηριστικά⁸.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της EMENO, ποσοστό 45% των ανδρών και 30% των γυναικών ήταν υπέρβαροι και 31% των ανδρών και 34% των γυναικών παχύσαρκοι. Στην ηλικιακή ομάδα 18-29 ετών, 51% των ανδρών και 31% των γυναικών ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι⁹.

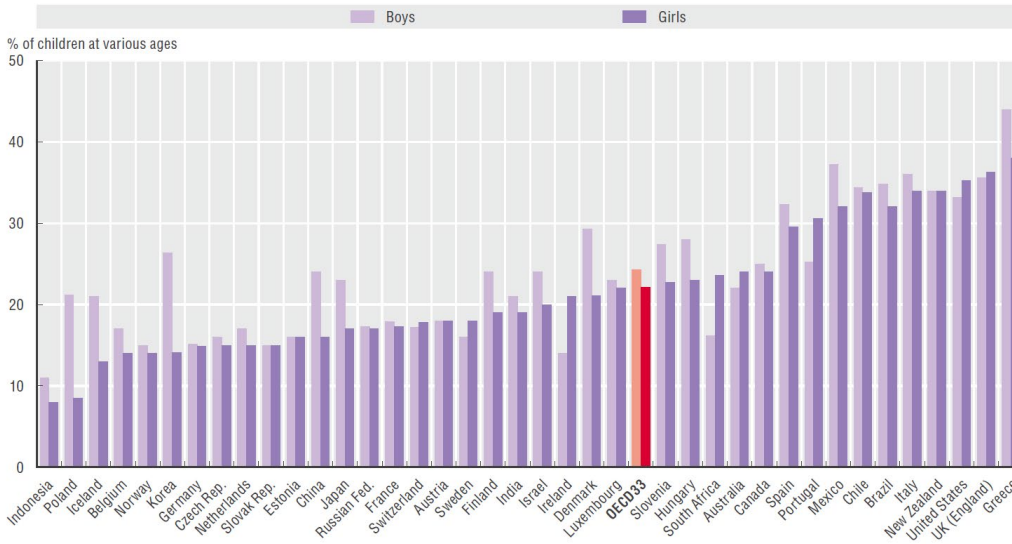
Ε3.2. Παιδική Παχυσαρκία

Κατά τα τελευταία χρόνια, αρκετές μελέτες σε ευρωπαϊκό¹⁰ και σε εθνικό επίπεδο¹¹, έχουν καταγράψει υψηλό ποσοστό παχυσαρκίας στον ελληνικό παιδικό πληθυσμό. Ειδικότερα, στη μελέτη ENERGY, που συνέκρινε τα ποσοστά αυξημένου βάρους και παχυσαρκίας σε παιδιά ηλικίας 10-12 ετών σε 7 ευρωπαϊκές χώρες, η Ελλάδα κατατάσσεται στην πρώτη θέση με τα υψηλότερα ποσοστά αυξημένου σωματικού βάρους και παχυσαρκίας για τα αγόρια (44.4 και 11.2%, αντίστοιχα) και τα κορίτσια (37.7 και 9.7% αντίστοιχα). Στην ίδια μελέτη, σύμφωνα με τα κριτήρια του ΠΟΥ, ο επιπολασμός της παχυσαρκίας εκτιμάται σε πολύ υψηλότερα επίπεδα και, συγκεκριμένα, σε 27.6% στα αγόρια και 14.8% στα κορίτσια. Σε εθνικό επίπεδο, η Healthy Growth Study¹¹ κατέδειξε ποσοστά υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών, ηλικίας 9-13 ετών, σε ποσοστά 56% και 30%, αντίστοιχα.

Στο Σχήμα 5 παρουσιάζονται στοιχεία των χωρών του ΟΟΣΑ, για τα ποσοστά υπέρβαρων παιδιών (ποσοστά στα οποία συμπεριλαμβάνονται και τα παχύσαρκα παιδιά) σύμφωνα με την πιο πρόσφατη έκθεση του ΟΟΣΑ, όπου φαίνεται ότι η Ελλάδα βρίσκεται στην πρώτη θέση¹.

Σχήμα 5: Ποσοστό υπέρβαρων παιδιών (συμπεριλαμβανομένων και των παχύσαρκων), για το 2013

4.9. Measured overweight (including obesity) among children, 2013 (or nearest year)



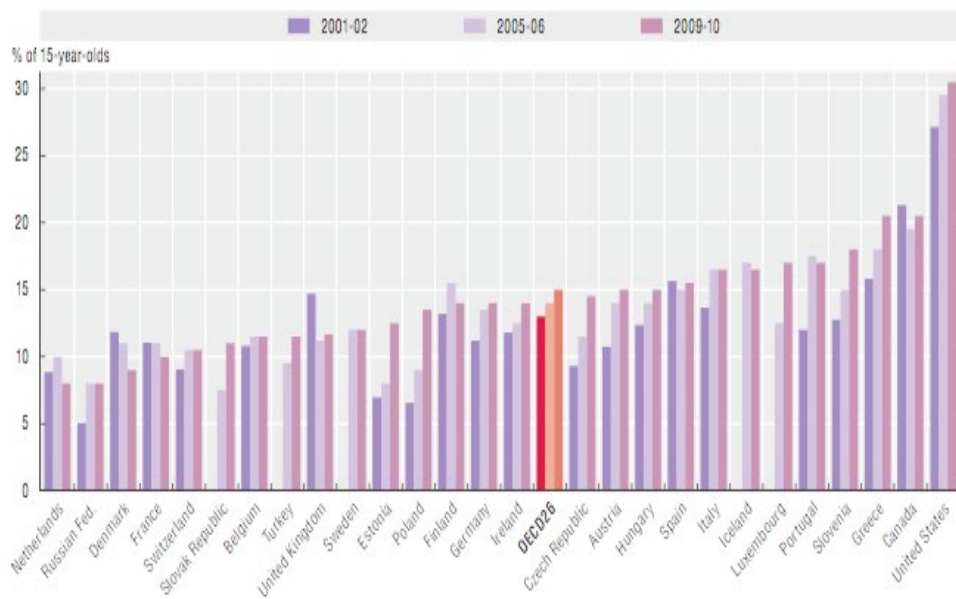
Πηγή: ΟΟΣΑ, 2015

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Όσον αφορά στους εφήβους, η συγκριτική μελέτη των στοιχείων για τα έτη 2000-2001, 2005-2006 και 2009-2010², καταγράφει το αυξημένο σωματικό βάρος των εφήβων στην Ελλάδα (Σχήμα 6).

Σχήμα 6: Μεταβολή του αριθμού των δηλωθέντων υπέρβαρων/ παχύσαρκων εφήβων ηλικίας 15 ετών (2001-2002, 2005-2006, 2009-2010)



Πηγή: ΟΟΣΑ, 2014

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Επίσης, σύμφωνα με πανελλήνια έρευνα σε εφήβους μαθητές που πραγματοποιήθηκε από το ΕΠΙΨΥ το 2010, στο πλαίσιο της ευρωπαϊκής μελέτης HBSC, το 21,9% των εφήβων ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι (27,8% των αγοριών και το 16,3% των κοριτσιών) και από αυτούς το 3,2% ήταν παχύσαρκοι. Από το 1998 έως το 2010, έχει αυξηθεί το ποσοστό των παχύσαρκων και υπέρβαρων μαθητών (17,2% το 1998, 15,4% το 2002, 21,9% το 2010 και 21,3% το 2014)¹².

Ακόμη, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας GRECO (Greek Childhood Obesity), που διεξήχθη στον ελληνικό πληθυσμό κατά τη διάρκεια του 2009 με σκοπό να καταγράψει σε εθνικό επίπεδο τους κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν την παιδική παχυσαρκία, βρέθηκε πως τα ποσοστά επιπολασμού των υπέρβαρων και παχύσαρκων αγοριών ανέρχονταν στο 29,5% και στο 13% αντίστοιχα, ενώ των κοριτσιών στο 29,5% και στο 9%¹³.

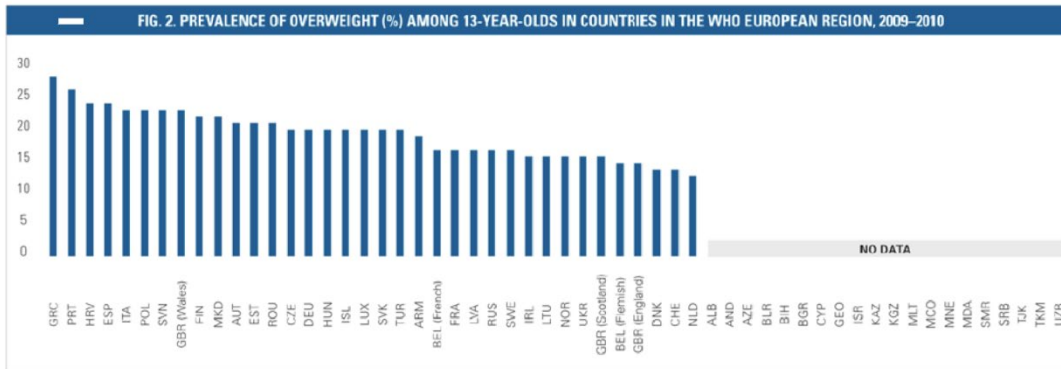
Οι κοινωνικό-δημογραφικοί παράγοντες που φάνηκε, σύμφωνα με την έρευνα, να επηρεάζουν την παιδική παχυσαρκία είναι η ηλικία της μητέρας, ο δείκτης μάζας σώματος των γονέων και το επάγγελμα του πατέρα. Συγκεκριμένα, η μεγαλύτερη ηλικία της μητέρας και ο φυσιολογικός δείκτης μάζας σώματος των γονέων βρέθηκε πως ασκούν προστατευτική επίδραση έναντι της πιθανότητας να είναι τα παιδιά υπέρβαρα/παχύσαρκα. Επίσης, προέκυψε πως όσο λιγότερο χειρωνακτικό είναι το επάγγελμα του πατέρα τόσο μειώνονται οι πιθανότητες να είναι η κόρη υπέρβαρη/παχύσαρκη¹³.

Τέλος, σύμφωνα με την πιο πρόσφατη έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η Ελλάδα το 2010 εμφανίζει τον υψηλότερο επιπολασμό υπέρβαρων παιδιών στην ηλικία των 13 ετών (27%), ενώ ακολουθούν η Πορτογαλία, η Κροατία, η Ισπανία και η Ιταλία (Σχήμα 7)¹⁴.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 7: Ο επιπολασμός των υπέρβαρων παιδιών ηλικίας 13 ετών σε ευρωπαϊκές χώρες, 2009-2010



Notes. The country codes refer to the ISO 3166-1 Alpha-3 country codes. Overweight is defined as a BMI-for-age value above +1 Z-score relative to the 2007 WHO growth reference median.

Source: Currie C et al., eds. *Social determinants of health and well-being among young people: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf, accessed 24 July 2013).

Πηγή: WHO, 2014

Ε3.3. Συμπεράσματα

- Ο επιπολασμός του βάρους άνω του φυσιολογικού (υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα) την τελευταία εικοσαετία έχει αυξηθεί τόσο στην Ελλάδα όσο και στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες.
- Κατά την περίοδο 2010-2014, υπάρχει μια σταθεροποίηση του ποσοστού παχυσαρκίας τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Ευρώπη καθώς και παγκόσμια.
- Σύμφωνα στοιχεία του ΟΟΣΑ, η Ελλάδα το 2013 εμφανίζει ποσοστό παχυσαρκίας 19.6% του πληθυσμού, ενώ ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ είναι 19%.
- Σύμφωνα με την μελέτη ΥΔΡΙΑ, επτά στους δέκα ενήλικες στην Ελλάδα είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι. Οι άνδρες είναι συχνότερα υπέρβαροι, ενώ οι γυναίκες είναι συχνότερα παχύσαρκες.
- Το υψηλότερο ποσοστό υπέρβαρων ατόμων παρατηρήθηκε στην ηλικιακή ομάδα 50-64 ετών, ενώ το υψηλότερο ποσοστό παχύσαρκων ατόμων παρατηρήθηκε στην ηλικιακή ομάδα 65-79 ετών.
- Το 50% του πληθυσμού έχει αυξημένο κίνδυνο για μεταβολικές επιπλοκές, όπως προκύπτει από τα σωματομετρικά τους χαρακτηριστικά.
- Όσον αφορά στην παιδική παχυσαρκία, την τελευταία εικοσαετία τα δεδομένα καταδεικνύουν αυξανόμενο ποσοστό παιδιών και εφήβων με υπερβάλλον σωματικό βάρος (υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά) που κατατάσσει τη χώρα μας στις πρώτες θέσεις στην παιδική παχυσαρκία τόσο στην Ευρώπη όσο και διεθνώς.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

- Για την ηλικία των 13 ετών, η χώρα μας το 2010 κατείχε την πρώτη θέση ανάμεσα στις χώρες της Ευρώπης.
- Από το 1998 καταγράφεται αυξητική τάση στο ποσοστό των παιδιών και των εφήβων με υπερβάλλον σωματικό βάρος (υπέρβαροι ή παχύσαρκοι), η οποία από το 2010 φαίνεται να σταθεροποιείται.
- Η παιδική και εφηβική παχυσαρκία έχει αυξημένη συχνότητα σε χαμηλά οικογενειακά εισοδήματα.
- Η πολυετής οικονομική κρίση που διανύει η χώρα μας, είναι πιθανόν να οδηγήσει σε αύξηση του βάρους σε όλο τον πληθυσμό (παιδιά, εφήβους, ενήλικες) λόγω της κατανάλωσης θερμιδογόνων φθινών τροφίμων.
- Επίσης, η πολύωρη καθημερινή καθιστική ζωή μπροστά στην οθόνη (τηλεόραση, ηλεκτρονικός υπολογιστής, κινητό, tablet, κλπ), καθώς και η μη συστηματική εφαρμογή διατροφικής αγωγής στα σχολεία φαίνεται να ενισχύουν το πρόβλημα του υπερβάλλοντος βάρους σε παιδιά και εφήβους.

* * *

Βιβλιογραφία

1. α. OECD (2015), Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. [accessed 2016 Jan 29]. Available from: <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>
2. OECD. Health at a glance 2014. OECD Indicators. OECD; 2014. http://ec.europa.eu/health/reports/european/health_glance_2014_en.htm
3. WHO. Obesity and overweight. Fact sheet N°311. [internet]. [updated 2015 Jan; [accessed 2015 Apr 20]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
4. WHO Overweight (body mass index ≥ 25) (age-standardized estimate). Data by country. 2015 [accessed 2015 Apr 20]. Available from: <http://apps.who.int/gho/athena/data/>
5. WHO. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). 2014 [accessed 2015 Apr 20]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file
6. WHO. Facts and figures on childhood obesity [internet]. [accessed 2015 Apr 20]. Available from: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/en/>
7. ΙΚΠΙ. Hellas Health VI. Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών; 2015.
8. Ελληνικό Ίδρυμα Υγείας σε συνεργασία με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.Ε.ΛΠΝΟ), «ΥΔΡΙΑ», Πρόγραμμα και στοχευόμενη δράση για την υγεία και τη διατροφή του

Ελληνικού πληθυσμού: ανάπτυξη και εφαρμογή μεθοδολογίας και αποτύπωση». [accessed 2016, Jan.22] Available from: <http://www.hydia-nhns.gr/>

9. Ιατρική Σχολή του ΕΚΠΑ σε συνεργασία με όλες τις Ιατρικές Σχολές της Ελλάδος Ε.ΜΕ.ΝΟ, Εθνική Μελέτη Νοσηρότητας και Παραγόντων Κινδύνου,. [accessed 2016, Jan.30] Available from: <http://emeno.gr/>
10. Brug J, van Stralen MM, Te Velde SJ, Chinapaw MJ, De Bourdeaudhuij I, Lien N, Bere E, Maskini V, Singh AS, Maes L, Moreno L, Jan N, Kovacs E, Lobstein T, Manios Y. Differences in Weight Status and Energy-Balance Related Behaviors among Schoolchildren across Europe: The ENERGY-Project. *Pediatr Obese.* 2012; 7(5):399-411.
11. Moschonis G, Kalliora A, et al. Identification of lifestyle patterns associated with obesity and fat mass in children: the Healthy Growth Study. *Public Health Nutrition.* 2013;17(3):614-24.
12. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ), 2012, 2014. Διατροφή, φυσική δραστηριότητα και σωματικό βάρος στους εφήβους, HBSC.
13. Farajian P, Panagiotakos D., Risvas G., Karasouli K., Boutziouka V, Voutzourakis N., Zampelas A. Socio- economic and demographic determinants of childhood obesity prevalence in Greece: The GRECO (Greek Childhood Obesity) study. *Public Health Nutrition:*2013;16(2), 240-247.
14. Country profiles. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/nutrition-country-profiles>, accessed 25 February 2014).

Ε4. Φυσική Άσκηση

Ε4.1. Γενικός Πληθυσμός

Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΠΟΥ για το 2010, το 12,9% των Ελλήνων ηλικίας 18 ετών και άνω, παρουσιάζουν μειωμένη σωματική δραστηριότητα σε εβδομαδιαία βάση, ποσοστό χαμηλότερο από εκείνο των κατοίκων της Ευρώπης που ανέρχεται σε 22,6%. Οι γυναίκες στην Ελλάδα εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά μειωμένης σωματικής άσκησης σε σχέση με τους άνδρες (15,7% έναντι 10,1%), τάση η οποία παρατηρείται και σε ολόκληρη την περιφέρεια της Ευρώπης (25,3% γυναίκες και 19,9% άνδρες)¹⁻².

Με βάση τα στοιχεία της ευρωπαϊκής μελέτης για την υγεία (European Health Interview Survey) που συλλέχτηκαν κατά τα έτη 2006 έως 2009, το 56,6% των Ελλήνων ηλικίας άνω των 15 ετών γυμνάζονται σε καθημερινή βάση, ποσοστό υψηλότερο από εκείνο των κατοίκων της Ε.Ε. (50,1%). Επίσης, οι γυναίκες στην Ελλάδα εμφανίζουν το υψηλότερο ποσοστό σωματικής άσκησης σε καθημερινή βάση (60,8%) από όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (45,4%) σε αντίθεση με το ποσοστό των ανδρών που είναι χαμηλότερο από το μέσο όρο των ανδρών στην Ευρωπαϊκή Ένωση που γυμνάζονται καθημερινά (52,2% και 55,3%)³.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Ευρωβαρόμετρου για το έτος 2013, το 59% των Ελλήνων δηλώνουν ότι δεν συμμετέχουν ποτέ σε κάποιο σπορ ή άλλη οργανωμένη σωματική δραστηριότητα σε αντίθεση με το 7% που συμμετέχει συστηματικά. Τα αντίστοιχα ποσοστά στην ίδια έρευνα του Ευρωβαρόμετρου για το 2009 ήταν 67% (-8%) και 3% (+4%) αντίστοιχα (Σχήμα 3)⁴.

Επιπλέον, μόνο 1 στους 3 Έλληνες αναφέρουν ότι συμμετέχουν σε «άτυπες», μη οργανωμένες δραστηριότητες (π.χ. ποδήλατο, χορός, κηπουρική, κ.λ.π.), είτε συστηματικά (8%) είτε αρκετά συστηματικά (25%) (Σχήμα 4), με τα ποσοστά αυτά να είναι μειωμένα σε σχέση με το 2009, [15% (-7%) και 33% (-8%) αντίστοιχα]⁴.

Αξιζει να σημειωθεί ότι οι περισσότεροι Έλληνες θεωρούν τη διαδρομή

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

από και προς το σπίτι, το σχολείο, την εργασία και τα μαγαζιά ως την πιο συχνή μορφή σωματικής δραστηριότητας (41%), παρουσιάζοντας όμως μείωση σε σχέση με το 2009 (-22%) όπου το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 63%, και ακολουθούν η γυμναστική σε υπαίθριους χώρους (33%), στο σπίτι (31%) και στα γυμναστήρια (20%).

Σύμφωνα με την πανελλαδική μελέτη Hellas Health IV, το 2011, το ποσοστό των Ελλήνων ηλικίας 18-69 ετών που κατατάσσονται στο υψηλό επίπεδο σωματικής δραστηριότητας, όπως αυτό αξιολογήθηκε με το ερωτηματολόγιο "International Physical Activity Questionnaire – IPAQ", βρέθηκε αρκετά αυξημένο σε σύγκριση με τις αντίστοιχες μετρήσεις του 2006 (Hellas Health I), παρόλο που παραμένει σχετικά χαμηλό σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Ειδικότερα, το ποσοστό των ατόμων με υψηλά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας αυξήθηκε από 21,9% σε 31,7% μέσα σε 5 χρόνια με αντίστοιχη μείωση στα χαμηλά επίπεδα δραστηριότητας (από 41,3% σε 29,3%). Επίσης, οι άνδρες και οι κάτοικοι των αγροτικών περιοχών ασκούνται περισσότερο από τις γυναίκες και τους κατοίκους των πόλεων ενώ οι κοινωνικές ανισότητες δεν φαίνεται να επηρεάζουν τα επίπεδα φυσικής άσκησης των Ελλήνων⁵⁻⁶.

Η πιο πρόσφατη πανελλαδική μελέτη (Hellas Health VI, 2015) έδειξε ότι το 53% των Ελλήνων δήλωσε πως δεν έκανε καμία έντονη σωματική δραστηριότητα για τουλάχιστον 10 λεπτά την τελευταία εβδομάδα, με τις γυναίκες (64%), τους συνταξιούχους (70%) και τους έχοντες βασική εκπαίδευση (66%) να εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά στην κατηγορία αυτή. Αντίστοιχα, σχετικά με την μέτρια σωματική δραστηριότητα, το 39% υποστήριξε ότι απείχε από οποιαδήποτε σχετική δραστηριότητα τις τελευταίες επτά ημέρες, με το 49% όσων δήλωσαν αδρανείς να ανήκουν στην κατώτερη κοινωνική τάξη. Τέλος, όσον αφορά το περπάτημα και την καθιστική ζωή, το 43% ανέφερε ότι περπάτησε για τουλάχιστον 10 λεπτά καθημερινά κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, ενώ το 56% δήλωσε ότι περνούσε κατά μέσο όρο πάνω από 3 ώρες καθισμένος κατά τη διάρκεια της ημέρας⁷.

Σύμφωνα με πρόσφατη δευτερογενή ανάλυση των δεδομένων του Ευρωβαρόμετρου για το έτος 2013, με σκοπό την αξιολόγηση των επιπέδων της φυσικής άσκησης σε ενήλικες 18-64 ετών, διαπιστώθηκε ότι το ποσοστό των Ελλήνων που παρουσιάζονται ως σωματικά αδρανείς είναι 38,1%, με το αντίστοιχο των κατοίκων 28 χωρών – μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης να είναι 28,6%. Επίσης, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, το 61,9% και το 48,5% των Ελλήνων πληρούν τα κριτήρια για να χαρακτηριστούν ως «επαρκώς σωματικά δραστήριοι – adequately active» και «έντονα σωματικά δραστήριοι – highly active», ποσοστά χαμηλότερα από

τα εκείνα των κατοίκων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (71,4% και 59,1% αντίστοιχα)⁸.

Ε4.2. Μαθητικός Πληθυσμός

Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΠΟΥ για το 2010, το 85,9% των μαθητών 11 – 17 ετών στην Ελλάδα παρουσιάζουν ανεπαρκή σωματική δραστηριότητα, δηλαδή διέθεταν λιγότερο από 60 λεπτά καθημερινά σε μέτριας προς έντονης έντασης σωματική δραστηριότητα, σύμφωνα με τις οδηγίες του ΠΟΥ. Τα κορίτσια της ηλικιακής ομάδας παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά ελλιπούς σωματικής άσκησης σε σχέση με τα αγόρια, με τα ποσοστά να είναι 89,7% και 81,9% αντίστοιχα^{2,9}.

Σε μια άλλη ευρωπαϊκή μελέτη που συμμετείχαν παιδιά 11, 13 και 15 ετών κατά την περίοδο 2009 – 2010, μετρήθηκε το ποσοστό των μαθητών που ανέφεραν ότι παίρνουν μέρος σε καθημερινή - τουλάχιστον 5 ημέρες την εβδομάδα - μέτρια προς έντονη φυσική άσκηση για τουλάχιστον μια ώρα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, τα ποσοστά στην Ελλάδα και στις τρεις ηλικιακές ομάδες είναι μικρότερα τόσο στο σύνολο όσο και ανάλογα με το φύλο συγκριτικά με τους αντίστοιχους μέσους όρους των παιδιών των χωρών του ΟΟΣΑ. Συγκεκριμένα, για τις ηλικίες 11, 13 και 15 ετών τα ποσοστά στην Ελλάδα και για τα δύο φύλα είναι 16%, 14% και 11%, με τα ποσοστά για τις χώρες του ΟΟΣΑ να είναι 23%, 19% και 15% αντίστοιχα. Όσον αφορά το φύλο, τα ποσοστά των αγοριών στην Ελλάδα που κάνουν κάποια μέτρια προς έντονη φυσική δραστηριότητα, για 1 ώρα τουλάχιστον, 5 φορές την εβδομάδα είναι 21% για τα αγόρια ηλικίας 11 και 13 ετών και 18% για τα αγόρια ηλικίας 15 ετών. Τα αντίστοιχα ποσοστά των κοριτσιών για τις ηλικίες 11, 13 και 15 ετών ήταν 12%, 8% και 5%¹⁰⁻¹¹.

Σύμφωνα με μια μελέτη που έγινε σε 5 ευρωπαϊκές χώρες (Βέλγιο, Ελλάδα, Ουγγαρία, Ολλανδία και Ελβετία), που σκοπό είχε να μετρήσει τη φυσική δραστηριότητα και τη καθιστική ζωή σε παιδιά 10-12 ετών κατά τη διάρκεια της σχολικής ημέρας, διαπιστώθηκε ότι το 63% των μαθητών στην Ελλάδα περνούν το σχολικό τους χρόνο σε καθιστικές δραστηριότητες, με τα κορίτσια να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά από τα αγόρια (66% έναντι 61%). Επίσης, ο μέσος χρόνος που αναλώθηκε σε μέτριες προς έντονες σωματικές δραστηριότητες στο σχολείο ήταν 16 λεπτά την ημέρα, ενώ το ποσοστό ενασχόλησης τους με τις συγκεκριμένες δραστηριότητες για τουλάχιστον 30 λεπτά ημερησίως, σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες, ήταν 6%, με τα αγόρια να εμφανίζονται πιο δραστήρια σε σχέση με τα κορίτσια, 6% και 4% αντίστοιχα¹².

Με βάση την πανελλήνια έρευνα που πραγματοποίησε το ΕΠΙΨΥ το 2014, στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής μελέτης HSBC, σε 4.141 μαθητές ηλικίας 11, 13 και 15 ετών, βρέθηκε ότι μόνο ένας στους 3 έφηβους

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

(36%) κάνει κάποια σωματική δραστηριότητα (διάρκειας 1 ώρας) τουλάχιστον 5 ημέρες την τελευταία εβδομάδα.

Τα αγόρια έκαναν φυσική δραστηριότητα σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό (44,5%) συγκριτικά με τα κορίτσια (27,6%), με τη διαφορά των δύο φύλων να είναι σημαντική και στις τρεις ηλικιακές ομάδες. Το ποσοστό των εφήβων που αναφέρουν συχνή φυσική δραστηριότητα μειώνεται σημαντικά με την ηλικία, από 39,8% στην ηλικία των 11 ετών σε 37,3% στην ηλικία των 13 ετών και σε 30,7% στην ηλικία των 15 ετών. Ένας στους 7 εφήβους (14,4%) ανέφερε ότι έκανε κάποια φυσική δραστηριότητα το πολύ μία ημέρα την τελευταία εβδομάδα πριν τη διεξαγωγή της έρευνας, σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό τα κορίτσια (17,6%) από ό,τι τα αγόρια (11,2%) και οι μεγαλύτεροι σε σχέση με τους μικρότερους σε ηλικία εφήβους (22,0% οι 15χρονοι, 11,4% οι 13χρονοι και 10,4% οι 11χρονοι)¹³.

Ε4.3. Συμπεράσματα

- Η φυσική άσκηση στον ενήλικο ελληνικό πληθυσμό καταγράφεται από άλλες μελέτες σε υψηλότερα επίπεδα σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και σε άλλες σε χαμηλότερα, προφανώς λόγω διαφορετικής ερευνητικής μεθοδολογίας.
- Οι γυναίκες στην Ελλάδα γυμνάζονται περισσότερο από τους άντρες.
- Καταγράφεται μείωση της φυσικής άσκησης και της συμμετοχής σε «άτυπες» δραστηριότητες στους ενήλικους την περίοδο 2009-2013, ενώ για την περίοδο 2009-2011 καταγράφεται αύξηση.
- Παρατηρούνται μεγάλες κοινωνικό-οικονομικές ανισότητες στα επίπεδα φυσικής άσκησης, με τα χαμηλότερα στρώματα να ασκούνται λιγότερο.
- Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, το 38,1% των Ελλήνων εμφανίζονται ως σωματικά αδρανείς, το 61,9% ως επαρκώς σωματικά δραστήριοι και το 48,5% ως έντονα σωματικά δραστήριοι.
- Η φυσική άσκηση στα παιδιά ηλικίας 11-15 ετών είναι μειωμένη σε σύγκριση με τα παιδιά της ίδιας ηλικίας σε άλλες χώρες του ΟΟΣΑ.
- Τα αγόρια γυμνάζονται περισσότερο από τα κορίτσια, ενώ το ποσοστό των εφήβων που γυμνάζεται μειώνεται με την ηλικία.

* * *

Βιβλιογραφία

1. WHO Global Health Observatory Data Repository [online database]. Prevalence of insufficient physical activity among adults. Data by country [accessed 2015 Jul 4]. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.2463?lang=en>

2. WHO Global Health Observatory Data Repository [online database]. Prevalence of insufficient physical activity by WHO region [accessed 2015 Jul 4]. Available from: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/physical_activity/en/index1.html
3. European Commission. ECHI – European Core health Indicators [accessed 2015 Jul 4]. Available from: http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index_en.htm
4. European Commission. Special Eurobarometer 412/Wave EB 80.2. Sport and Physical Activity [accessed 2015 Jul 4]. European Commission; 2014. Available from: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_412_en.pdf
5. ΙΚΠΙ. Hellas Health I. Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών; 2006.
6. ΙΚΠΙ. Hellas Health IV. Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών; 2011.
7. ΙΚΠΙ. Hellas Health VI. Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών; 2015.
8. Gerovasili V, Agaku IT, Vardavas CI, Filippidis FT. Levels of physical activity among adults 18-64 years old in 28 European countries. *Prev Med.* 2015 Dec; 81:87-91.
9. WHO. Global Health Observatory Data Repository [online database]. Prevalence of insufficient physical activity among school going adolescents. Data by country [accessed 2015 Jul 4]. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.2463ADO?lang=en>
10. OECD. Health at a glance 2013. OECD Indicators [accessed 2015 Jun 29]. OECD; 2013. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>
11. Currie C, et al. (eds.). Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No.6).
12. Van Stralen MM, Yildirim M, Wulp A, te Velde SJ, Verloigne M, Doessegger A, et al. Measured sedentary time and physical activity during the school day of European 10- to 12-year old children: the ENERGY Project. *J Sci Med Sport.* 2014;17(2):201-206.
13. Κοκκέβη Α, Σταύρου Μ, Καναβού Ε, Φωτίου Α. Διατροφή, φυσική δραστηριότητα και σωματικό βάρος στους εφήβους. Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές και Υγεία. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής; 2015.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

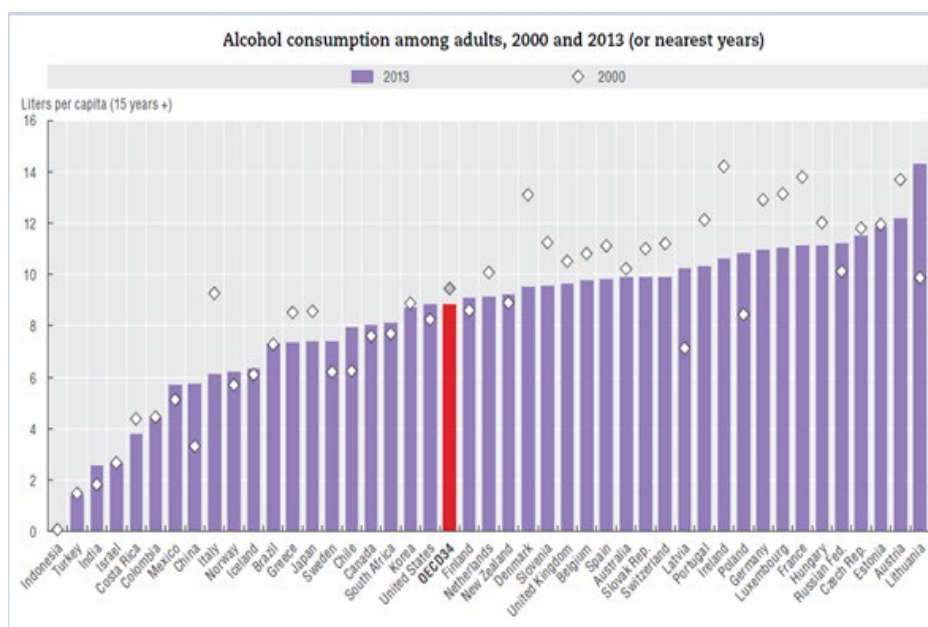
ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Ε5. Αλκοόλ

Ε5.1. Ενήλικος Πληθυσμός

Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ (Σχήμα 1), η κατανάλωση καθαρού αλκοόλ το έτος 2013 κατά μέσο όρο είναι 8,9 λίτρα ανά κάτοικο, ανά έτος. Στην Ελλάδα η κατανάλωση ήταν μικρότερη από 8,0 λίτρα, γεγονός που την κατατάσσει 7η μεταξύ των 28 αναπτυγμένων χωρών¹. Επίσης, η κατανάλωση αυτή είναι μικρότερη συγκριτικά και με την αντίστοιχη κατανάλωση για το έτος 2000, όπως παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα.

Σχήμα 1: Κατανάλωση αλκοόλ (λίτρα/άτομο > 15 ετών/έτος) έτη 2000-2013



Πηγή: ΟΟΣΑ Health Statistics 2015

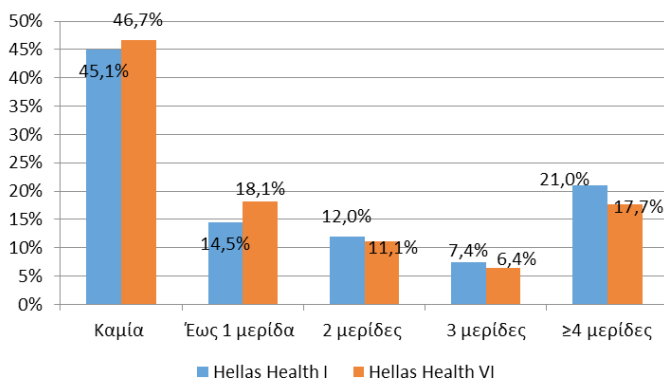
Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Οι πανελλαδικές μελέτες Hellas Health I και VI που υλοποιήθηκαν από το Ινστιτούτο Κοινωνικής Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ) και το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, το 2006 και το 2015 αντίστοιχα, περιελάμβαναν μεταξύ άλλων παραγόντων την αξιολόγηση της κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών²⁻³. Το δείγμα των ερευνών ήταν αντιπροσωπευτικό, 1.0005 και 1.0001 άτομα αντίστοιχα, ηλικίας 18 ετών και άνω, και η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω συνεντεύξεων.

Σύμφωνα με την πρώτη μελέτη, η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών (μία έως δύο μερίδες) το 2006 στον ελληνικό πληθυσμό ήταν 26,5%, ενώ η κατανάλωση τεσσάρων μερίδων ανερχόταν σε ποσοστό 21%. Το 2015, η κατανάλωση μίας έως δύο μερίδων αλκοολούχων ποτών παρουσίασε αύξηση (29,2%), ενώ ταυτόχρονα μειώθηκε η κατανάλωση τουλάχιστον τεσσάρων μερίδων αλκοολούχων ποτών εβδομαδιαίως (17,7%). Παρατηρώντας τις διαχρονικές μεταβολές στο γράφημα 2, καταδεικνύεται ότι το 2015 μειώθηκε το ποσοστό των ατόμων που δήλωσαν κατανάλωση αλκοολούχων ποτών δύο έως και τουλάχιστον τεσσάρων μερίδων. Ταυτόχρονα, παρατηρήθηκε αύξηση των ατόμων που αρκούνται στην κατανάλωση του ενός ποτού εβδομαδιαίως (2015: 18,1% vs 2006: 14,5%) (Σχήμα 2)²⁻³.

Σχήμα 2: Hellas Health I vs Hellas Health VI – Κατανάλωση αλκοολούχων ποτών εβδομαδιαίως



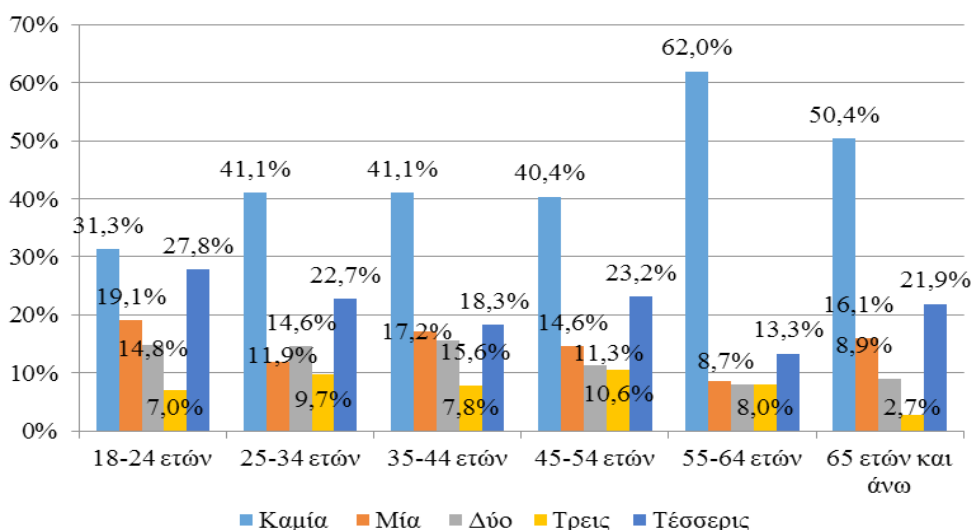
Πηγή: ΙΚΠΙ, 2006, 2015

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Αναφορικά με την ηλικία, το 2006 οι νεότεροι σε ηλικία (18-24 ετών) ανέφεραν το υψηλότερο ποσοστό (27,8%) κατανάλωσης τεσσάρων αλκοολούχων ποτών εβδομαδιαίως και ακολουθούσε η ηλικιακή ομάδα 45-54ετών με ποσοστό (23,2%) (Σχήμα 3)². Το 2015, τα άτομα ηλικίας 45-54 ετών ανέφεραν το υψηλότερο ποσοστό (22,8%) κατανάλωσης, τουλάχιστον τεσσάρων μερίδων αλκοολούχων ποτών εβδομαδιαίως, και ακολουθούσε η ηλικιακή ομάδα 55-64ετών με ποσοστό (20,3%) (Σχήμα 4)³. Τα άτομα ηλικία 18-24 ετών δήλωσαν το 2015 ότι καταναλώνουν τουλάχιστον τέσσερις μερίδες αλκοόλ σε ποσοστό 10,6%, παρουσιάζοντας μεγάλη μείωση συγκριτικά με τα αποτελέσματα του 2006.

Σχήμα 3: Hellas Health I – Κατανάλωση αλκοολούχων ποτών εβδομαδιαίως ανά ηλικία

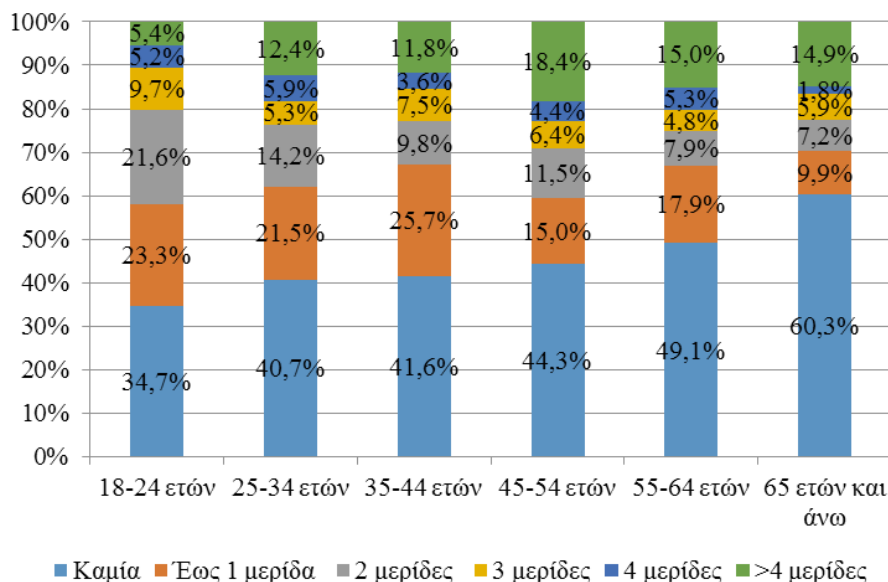


Πηγή: ΙΚΠΙ, 2006

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 4: Hellas Health VI – Κατανάλωση αλκοολούχων ποτών εβδομαδιαίως ανά ηλικία



Πηγή: ΙΚΠΙ, 2015

E5.2. Μαθητικός Πληθυσμός

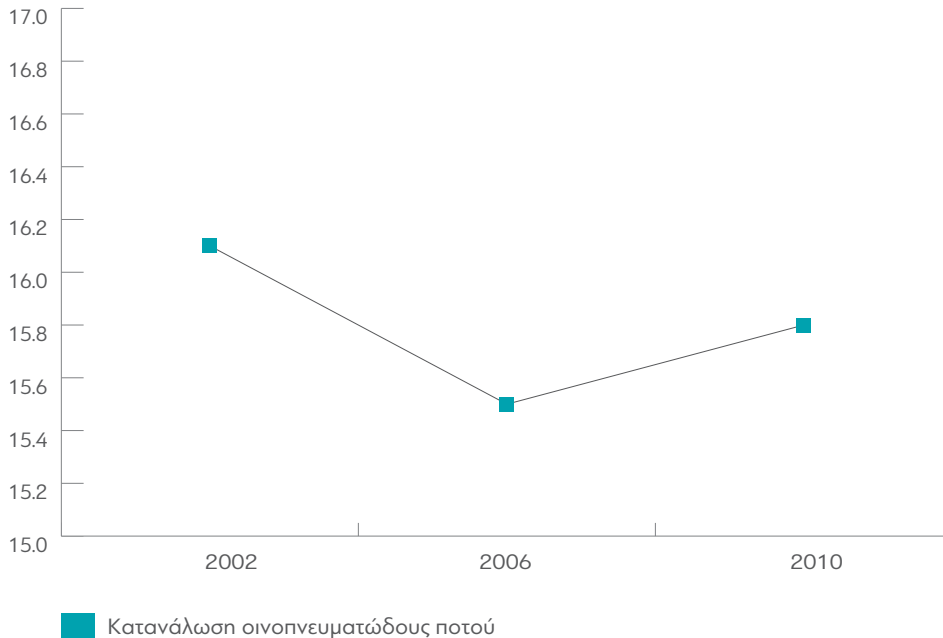
Το 2010 πραγματοποιήθηκε Πανελλήνια έρευνα για τις συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία των εφήβων μαθητών (Έρευνα HBSC/WHO) σε αντιπροσωπευτικό δείγμα περίπου 4.500 μαθητών ηλικίας 11, 13 και 15 ετών⁴. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, δύο στους 5 εφήβους (39,6%) απάντησαν ότι δεν πίνουν καθόλου οινοπνευματώδη ποτά, κυρίως τα κορίτσια (45,2% έναντι 33,6% των αγοριών) και οι 11χρονοι (66% έναντι 36,5% των 13χρονων και 13,5% των 15χρονων). Ένας στους 6 εφήβους (15,8%) καταναλώνει κάποιο οινοπνευματώδες ποτό τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα, περισσότερα αγόρια από κορίτσια (20% έναντι 11,9%).

Διαχρονικά, η κατανάλωση αλκοόλ τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα για το έτος 2010 (15,8%), παρατηρείται να έχει ελαφρώς αυξηθεί συγκριτικά με τον 2006 (15,5%), αλλά ταυτόχρονα παραμένει σε χαμηλότερο βαθμό σε σύγκριση με το 2002 (16,1%) (Σχήμα 5)⁴.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 5: Έφηβοι που καταναλώνουν κάποιο οινοπνευματώδες ποτό τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα (%) τα έτη 2002, 2006 & 2010



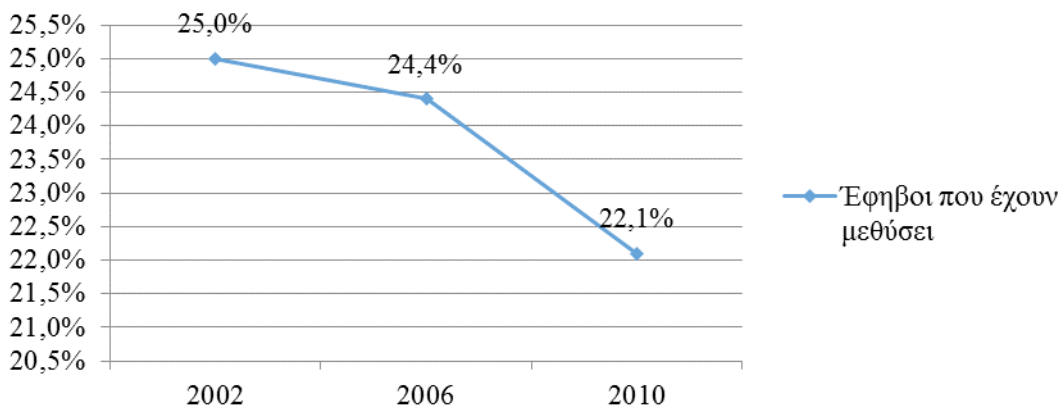
Πηγή: ΕΠΙΨΥ, 2010

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με τη μέθη, ένας στους 5 εφήβους (22,1%) αναφέρει ότι είχε τουλάχιστον ένα περιστατικό μέθης, σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό τα αγόρια από ότι τα κορίτσια (24,3% έναντι 19,9%). Πάνω από δύο στους πέντε 15χρονους μαθητές (41,8%) αναφέρουν τουλάχιστον ένα περιστατικό μέθης, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των μαθητών ηλικίας 13 ετών είναι 19,3%. Διαχρονικά, από το 2002 έως το 2010 φαίνεται να μειώνεται το ποσοστό των εφήβων που αναφέρουν τουλάχιστον ένα περιστατικό μέθης σε όλη τους τη ζωή (Σχήμα 6)⁴.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 6: Έφηβοι που έχουν μεθύσει τουλάχιστον μία φορά (%) έτη 2002, 2006 & 2010



Πηγή: ΕΠΙΨΥ, 2010

Για τη μελέτη των εξαρτησιογόνων ουσιών στο μαθητικό πληθυσμό, πραγματοποιήθηκε το 2011 πανελλήνια έρευνα, ESPAD, σε 37.000 μαθητές και μαθήτριες ηλικίας 13-19 ετών⁵. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, τα αγόρια εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ από τα κορίτσια. Ταυτόχρονα όμως, παρατηρήθηκε διαφαινόμενη αύξηση κατανάλωσης στα κορίτσια την περίοδο 2007-2011. Διαχρονικά, αυξητική τάση παρουσιάζει και η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ μεταξύ του σχολικού πληθυσμού, σύμφωνα με τα συμπεράσματα της έρευνας.

Παρατηρώντας την κατανάλωση αλκοόλ διαχρονικά (2003-2011), τόσο η κατανάλωση αλκοόλ τουλάχιστον μία φορά το μήνα, όσο και η κατανάλωση τουλάχιστον 10 φορές το μήνα για το έτος 2011 (72.8% & 14.8% αντιστοίχως), παρατηρείται να έχει αυξηθεί συγκριτικά με το 2007 (70.2% & 14.5% αντιστοίχως), αλλά ταυτόχρονα παραμένει σε χαμηλότερο βαθμό σε σύγκριση με το 2003 (73.6% & 15.9 αντιστοίχως).

Αναφορικά με τις διαχρονικές μεταβολές στη χρήση αλκοόλ σε σχέση με το φύλο, παρατηρείται και στα δύο φύλα διαχρονική μείωση και της χρήσης αλκοόλ (≥ 1 φορά και ≥ 10 φορές τον τελευταίο μήνα) συγκρίνοντας τα έτη 2003 και 2011, ενώ αύξηση κατανάλωσης παρατηρείται στα κορίτσια την περίοδο 2007-2011, και μάλιστα σε μεγαλύτερο βαθμό στη χρήση αλκοόλ ≥ 1 φορά τον τελευταίο μήνα (2007: 65.5% vs 2011: 69.3%).

Ε5.3. Συμπεράσματα

- Η κατανάλωση αλκοόλ για την Ελλάδα είναι 7,9 λίτρα ανά κάτοικο, ανά

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

έτος και την κατατάσσει 9η μεταξύ των 28 χωρών του ΟΟΣΑ.

- Στον ελληνικό πληθυσμό, το 2015 παρατηρήθηκε μείωση συγκριτικά με το 2006 στο ποσοστό των ατόμων που δήλωσαν κατανάλωση αλκοολούχων ποτών δύο έως και τουλάχιστον τεσσάρων μερίδων. Ταυτόχρονα, παρατηρήθηκε αύξηση των ατόμων που αρκούνται στην κατανάλωση του ενός ποτού εβδομαδιαίως.
- Διαχρονικά (2003-2011), τόσο η κατανάλωση αλκοόλ τουλάχιστον μία φορά το μήνα όσο και η κατανάλωση τουλάχιστον 10 φορές το μήνα για το έτος 2011 έχει αυξηθεί στους μαθητές 15-19 ετών συγκριτικά με το 2007, αλλά ταυτόχρονα παραμένει σε χαμηλότερο βαθμό σε σύγκριση με το 2003.

* * *

Βιβλιογραφία

1. OECD. Health at a glance 2015. OECD Indicators. OECD; 2015. Available from: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en
2. ΙΚΠΙ. Hellas Health I. Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών; 2006.
3. ΙΚΠΙ. Hellas Health VI. Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών; 2015.
4. ΕΠΙΨΥ. Πανελλήνια έρευνα για τις συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία των εφήβων μαθητών (Έρευνα HBSC/WHO). Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής; 2010 [accessed 2015 Jul 6]. Available from: http://www.epipsi.gr/Tekmiriosi/epid/Epidimiologikes_erevnes/hbscgr.php
5. ΕΠΙΨΥ. Πανελλήνια έρευνα στο σχολικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (Έρευνα ESPAD). Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής; 2011 [accessed 2015 Jul 4]. Available from: http://www.epipsi.gr/Tekmiriosi/epid/Epidimiologikes_erevnes/espadgr.php

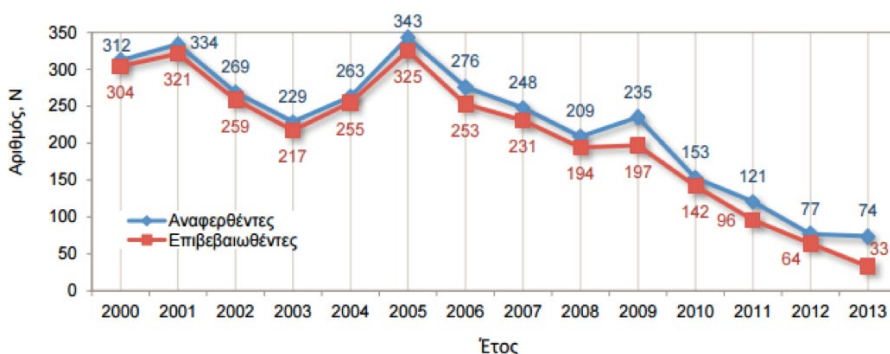
Ε6. Ναρκωτικά

Ε6.1. Θάνατοι Σχετιζόμενοι με Λήψη Ψυχοδραστικών Ουσιών

Ως θάνατοι σχετιζόμενοι με ψυχοδραστικές ουσίες, ορίζονται οι θάνατοι που επισυμβαίνουν αμέσως μετά την κατανάλωση μιας ή περισσότερων απαγορευμένων ψυχοδραστικών ουσιών και σχετίζονται άμεσα με αυτή την κατανάλωση. Από τη βάση των Ευρωπαϊκών Βασικών Δεικτών Υγείας (European Core Health Indicators –ECHI)¹, προκύπτει ότι, κατά την περίοδο 1995-2011, η Ελλάδα καταγράφει χαμηλά ποσοστά θανάτων σχετιζόμενων με τη λήψη υπερβολικής δόσης ψυχοδραστικών ουσιών (<400/έτος), εμφανίζοντας σταθερή πτωτική πορεία μετά το 2005.

Επίσημα στοιχεία από την Ελληνική Αστυνομία^{2,6} δείχνουν ότι ο αριθμός των βεβαιωθέντων θανάτων που οφείλονται στη χρήση ναρκωτικών ουσιών στην Ελλάδα παρουσιάζει μείωση κατά την περίοδο 2000-2013, ενώ το 2013 παρατηρείται ανακοπή του ρυθμού μείωσης των αναφερθέντων θανάτων που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών (Σχήμα 1). Συγκεκριμένα, το 2013 αναφέρθηκαν 74 θάνατοι, από τους οποίους βεβαιώθηκαν με τις απαραίτητες τοξικολογικές αναλύσεις οι 33 (Σχήμα 1). Αξίζει να σημειωθεί ότι ερευνώνται επίσης 13 περιπτώσεις για το 2012, 25 για το 2011, 11 για το 2010, 38 για το 2009, 15 για το 2008 και 17 για το 2007^{2,6}.

Σχήμα 1: Αριθμός αναφερθέντων και βεβαιωθέντων θανάτων που σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών ουσιών, ανά έτος για την περίοδο 2000-2013



Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Παρά τους προαναφερθέντες περιορισμούς, σύμφωνα με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, κατά την περίοδο 2000-2013 παρουσιάζεται μείωση του ποσοστού των θανάτων από χρήση παράνομων ουσιών στις ηλικίες έως 19 ετών. Ενώ το 2000 αντιστοιχούσαν στο 16,8% του συνόλου, το 2013 ήταν 3,0%⁶. Επιπρόσθετα, οι θάνατοι για τους οποίους υπάρχουν στοιχεία, αφορούν στην πλειονότητά τους άνδρες χρήστες, ηλικίας άνω των 30 ετών, ελληνικής υπηκοότητας και ανέργους. Μάλιστα, σχεδόν στο σύνολό τους (95,0%) οι θάνατοι σχετίζονται με τη χρήση ηρωίνης / μορφίνης⁶.

Ε6.2. Ενήλικος Πληθυσμός

Το 2009-2010 υλοποιήθηκε από το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, η συγχρονικού τύπου έρευνα με θέμα την ψυχική υγεία σε πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα (N=4.894) του γενικού πληθυσμού της χώρας ηλικίας 18-70 ετών (εκτός νησιωτικών περιοχών). Το ποσοστό συμμετοχής της έρευνας ανήλθε στο 54%³. Η συλλογή στοιχείων είχε πραγματοποιηθεί με προσωπικές συνεντεύξεις. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε δύο ερωτήσεις σχετικά με τη χρήση κάνναβης. Η χρήση κάνναβης αναφέρθηκε από το 2,1% του δείγματος, εκ του οποίου σημαντικά υψηλότερο ήταν ποσοστό των ανδρών (3,5%) από το αντίστοιχο των γυναικών (0,6%).

Επίσης, το 2009 είχε διενεργηθεί το ελληνικό σκέλος της πανευρωπαϊκής έρευνας για την υγεία του γενικού πληθυσμού (European Health Interview Survey) για λογαριασμό της ΕΛΣΤΑΤ. Η έρευνα ήταν πανελλήνια και συμμετείχαν 6.036 άτομα άνω των 15 ετών (61% γυναίκες). Η πρόσφατη χρήση κάνναβης αναφέρθηκε από το 0,6% του δείγματος (0,2% για τη χρήση άλλων ουσιών)⁴.

Οι διαφορές που παρατηρούνται στα ποσοστά επιπολασμού της χρήσης παράνομων ουσιών μεταξύ των παραπάνω ερευνών δύσκολα ερμηνεύονται. Αντανακλούν, ωστόσο, διαφορές τόσο στον τίτλο και στη βασική θεματολογία τους, όσο και στις μεθοδολογικές ιδιαιτερότητες που τις χαρακτηρίζουν (π.χ. ηλικιακό εύρος των συμμετεχόντων).

Ε6.3. Μαθητικός Πληθυσμός

Τα ποσοστά χρήσης των εφήβων στην Ελλάδα, αν και τείνουν να αυξάνονται, είναι σημαντικά χαμηλότερα σε σύγκριση με την πλειονότητα των χωρών της Ευρώπης. Σύμφωνα με τη μελέτη ESPAD που υλοποιήθηκε σε 16χρονους σε 36 χώρες το 2011, τα ποσοστά της χρήσης όλων των τύπων εξαρτησιογόνων ουσιών είναι σημαντικά χαμηλότερα στην Ελλάδα σε σύγκριση με το μέσο όρο των χωρών που συμμετείχαν στο πρόγραμμα (Μ.Ο. Ευρώπης 18%, Ελλάδος 11%) εκτός της χρήσης εισπνεόμενων ουσιών (Ελλάδα 14% και Ευρώπη 9%), καθώς

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

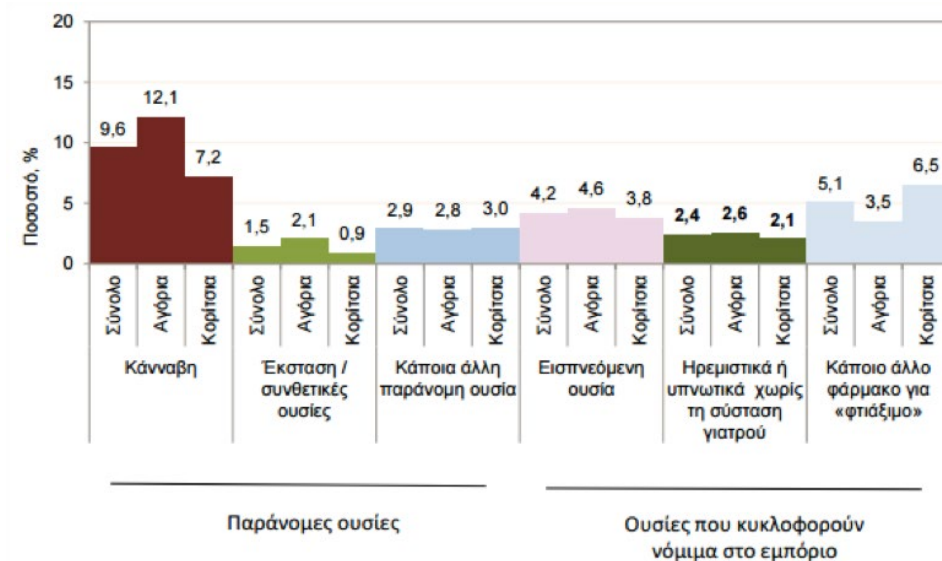
και της μη ιατρικής χρήσης ηρεμιστικών/υπνωτικών⁵.

Τα πιο πρόσφατα διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών σε πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα εφήβων μαθητών προέρχονται από την «Πανελλήνια έρευνα για τις συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία των εφήβων μαθητών», που πραγματοποίησε το ΕΠΙΨΥ το 2014. Η έρευνα υλοποιήθηκε σε πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα 4.141 μαθητών εφηβικής ηλικίας (ΣΤ΄ Δημοτικού, Β΄ Γυμνασίου και Α΄ Λυκείου) από 245 σχολικές μονάδες⁶.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, ένας στους δέκα εφήβους ηλικίας 15 ετών (9,6%) ανέφερε το 2014 ότι έχει κάνει χρήση κάνναβης έστω και μία φορά στη ζωή του. Η κάνναβη ήταν η συχνότερα αναφερθείσα ουσία, ενώ ακολουθούν με χαμηλότερα ποσοστά: η χρήση φαρμάκων εκτός ηρεμιστικών/ υπνωτικών για την αλλαγή της διάθεσης («φτιάξιμο») (5,1%), οι εισπνεόμενες ουσίες (κόλλα, βενζίνη, διαλύτες κτλ. 4,2%), η χρήση άλλων παράνομων ουσιών (εκτός κάνναβης, έκστασης ή κάποιας άλλης συνθετικής ουσίας, 2,9%), τα ηρεμιστικά ή υπνωτικά (χωρίς τη σύσταση γιατρού, 2,4%) και η έκσταση ή κάποια άλλη συνθετική ουσία (1,5%) (Σχήμα 2)⁶.

Τα αγόρια ανέφεραν σε υψηλότερο ποσοστό χρήση κάνναβης, ενώ τα κορίτσια χρήση φαρμάκων εκτός ηρεμιστικών/ υπνωτικών (Σχήμα 2). Σε γεωγραφικό επίπεδο, στις περιοχές εκτός Αττικής και Θεσσαλονίκης, η πρόσφατη χρήση κάνναβης είναι σημαντικά χαμηλότερη (Αθήνα και Θεσσαλονίκη δεν διαφέρουν)⁶.

Σχήμα 2: Ποσοστό επικράτησης της χρήσης ουσιών (χρήση έστω και μία φορά στη ζωή) στους εφήβους – μαθητές ηλικίας 15 ετών

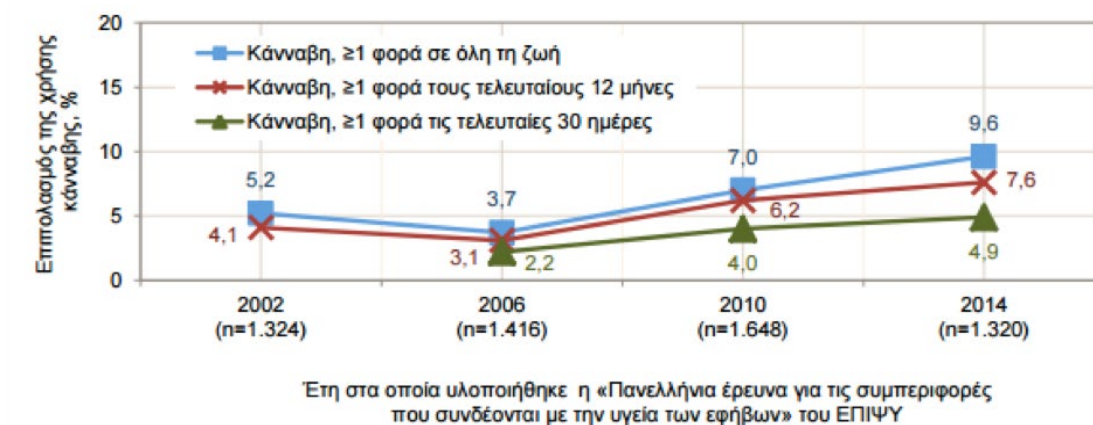


Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Την τετραετία 2010-2014 συνεχίστηκε η αύξηση του ποσοστού των 15χρονων (ιδιαίτερα στα κορίτσια) που ανέφεραν χρήση κάνναβης (χρήση σε όλη τη ζωή και κατά τους 12 τελευταίους μήνες), η οποία είχε αρχίσει να διαφαίνεται μετά το 2006 (Σχήμα 3). Η παραπάνω τάση επιβεβαιώνει τις αυξήσεις που είχαν παρατηρηθεί ήδη το 2011 (συγκριτικά με το 2007) στο πλαίσιο της έρευνας ESPAD (βλ. ΕΠΙΨΥ 2012)⁶.

Σχήμα 3: Διαχρονικές τάσεις στη χρήση κάνναβης στους εφήβους – μαθητές ηλικίας 15 ετών, ανά περίοδο χρήσης



Πηγή: ΕΚΤΕΠΝ, 2015

Στοιχεία για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στο μαθητικό πληθυσμό προκύπτουν διαχρονικά από τις έρευνες του ΕΠΙΨΥ «Πανελλήνια έρευνα στο σχολικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών», που επαναλαμβάνονται στην Ελλάδα και διεθνώς κάθε τέσσερα χρόνια⁷. Στις έρευνες αυτές συμμετέχει πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα εφήβων μαθητών ετών από σχολεία της χώρας.

- Το 2003, το 10% των μαθητών ηλικίας 14-17 ετών, δήλωσαν ότι είχαν κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών τουλάχιστον μια φορά στη ζωή τους.
- Το 2011, το 15,2% των μαθητών ηλικίας 15-19 ετών, ανέφερε ότι είχε κάνει χρήση κάποιας παράνομης ουσίας έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή, διπλάσιο ποσοστό αγοριών (20,9%) από ό,τι κοριτσιών (9,3%).

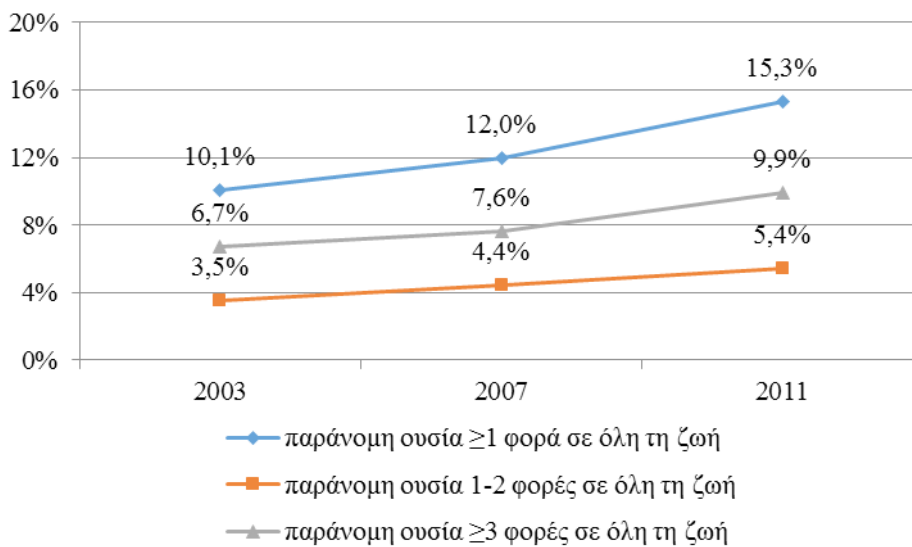
Παρατηρώντας τις διαχρονικές μεταβολές, τόσο στη γενικότερη χρήση παράνομων ουσιών, όσο και ειδικότερα στη χρήση κάνναβης, διαφαίνεται σταδιακή αύξηση και των δύο το διάστημα 2003 έως 2011. Συγκεκριμένα, η χρήση παράνομων ουσιών τουλάχιστον 3 φορές σε όλη τη ζωή ανέρχεται στο 9,9% το 2011, παρουσιάζοντας αύξηση σε

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

σχέση με το 2003 (6,7%) αλλά και το 2007 (7,6%). Σημαντική είναι και η αύξηση που παρατηρείται το 2011 (15,3%) στα ποσοστά των μαθητών που ανέφεραν ότι έκαναν χρήση κάποιας παράνομης ουσίας έστω και μία φορά στη ζωή τους, συγκριτικά με το 2007 (12,0%) και 2003 (10,1%) (Σχήμα 4)⁷.

Σχήμα 4: ESPAD, 2011 – Διαχρονικές μεταβολές στη χρήση οποιασδήποτε παράνομης ουσίας, στους μαθητές ηλικίας 15-19 ετών (%).



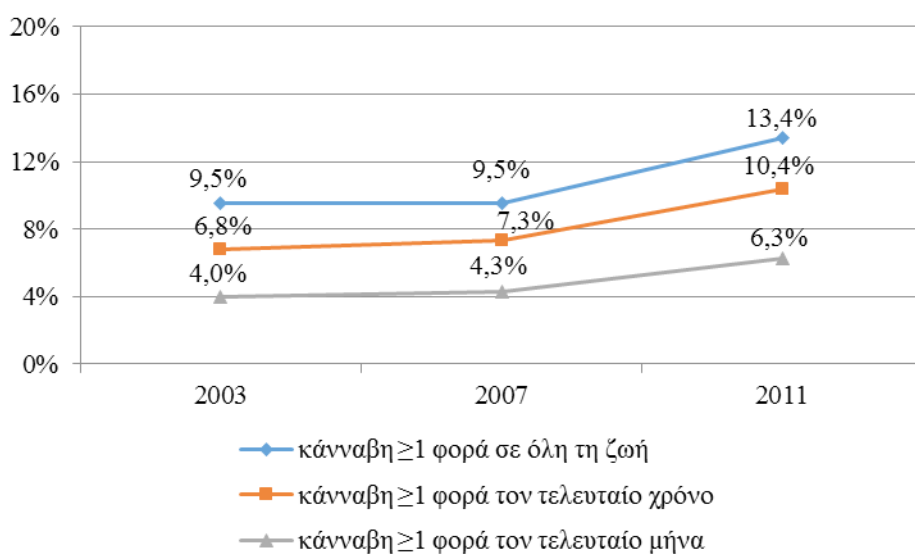
Πηγή: ΕΠΙΨΥ, 2012

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Αναφορικά με τη χρήση κάνναβης, οι μαθητές 15-19 ετών ανέφεραν σε ποσοστό 10,4% ότι έκαναν χρήση τουλάχιστον μια φορά το έτος 2011, παρουσιάζοντας αύξηση συγκριτικά με τα έτη 2003 και 2007 (6,8% και 7,3% αντίστοιχα). Ταυτόχρονα, διαχρονική αύξηση (2003-2011) παρατηρείται και στη χρήση κάνναβης έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή των μαθητών αλλά και τον τελευταίο μήνα (Σχήμα 5)⁷.

Σχήμα 5: ESPAD, 2011 – Διαχρονικές μεταβολές στη χρήση κάνναβης, στους μαθητές ηλικίας 15-19 ετών (%)



Πηγή: ΕΠΙΨΥ, 2012

Ε6.4. Συμπεράσματα

- Ο αριθμός των θανάτων που οφείλονται στη χρήση ναρκωτικών ουσιών, σύμφωνα με την Ελληνική Αστυνομία, παρουσιάζει σημαντική μείωση κατά την περίοδο 2000-2012.
- Το 2009-2010, 2,1% δήλωσαν χρήση κάνναβης, εκ των οποίων σημαντικά υψηλότερο ήταν ποσοστό των ανδρών (3,5%) από το αντίστοιχο των γυναικών (0,6%).
- 15,2% των μαθητών ηλικίας 15-19 ετών ανέφερε το 2011, ότι είχε κάνει χρήση κάποιας παράνομης ουσίας έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή, με διπλάσιο το ποσοστό των αγοριών (20,9%) έναντι των κοριτσιών (9,3%).
- Ένας στους 10 εφήβους ηλικίας 15 ετών (9,6%) ανέφερε το 2014, ότι έχει κάνει χρήση κάνναβης έστω και μία φορά στη ζωή του. Τα αγόρια (15 ετών) ανέφεραν σε υψηλότερο ποσοστό χρήση κάνναβης, ενώ τα κορίτσια χρήση φαρμάκων εκτός ηρεμιστικών/ υπνωτικών για την αλλαγή της διάθεσης («φτιάξιμο»).
- Διαχρονικά, από το 2003 έως το 2011, στο μαθητικό πληθυσμό διαφαίνεται σταδιακή αύξηση, τόσο στη γενικότερη χρήση παράνομων ουσιών, όσο και ειδικότερα στη χρήση κάνναβης.
- Διαχρονικά, από το 2006 έως το 2014, στους έφηβους – μαθητές ηλικίας 15 ετών, παρατηρείται σταδιακή αύξηση στη χρήση κάνναβης \geq 1 φορά τόσο σε όλη τη ζωή, όσο και τους τελευταίους 12 μήνες και τις τελευταίες 30 μέρες.

* * *

Βιβλιογραφία

1. European Commission. ECHI – European Core health Indicators. Health Status - Drug related deaths, 2011. Available from: http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index_en.htm
2. Ελληνική Αστυνομία. Ετήσια Έκθεση για τα ναρκωτικά στην Ελλάδα έτους 2013. Ελληνική Αστυνομία. Συντονιστικό Όργανο Δίωξης Ναρκωτικών – Εθνική Μονάδα Πληροφοριών; 2013. Available from: <http://www.astynomia.gr/images/stories/2014/prokirikseis14/2013-ekthesi.sodn.pdf>
3. Skapinakis P, Bellos S, Koupidis S, Grammatikopoulos I, Theodorakis P, Mavre V. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. BMC Psychiatry. 2013;13:163.
4. Ελληνική Στατιστική Αρχή 2009. [Internet]. Available from: http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A2103/Other/A2103_SHE22_MT_5Y_00_2009_00_2009_01_F_GR.pdf
5. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T,

Kokkevi A, Kraus L. The 2011 ESPAD Report Substance Use Among Students in 36 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN), The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) Council of Europe, Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group); 2012. Available from: http://www.espad.org/uploads/espad_reports/2011/the_2011_espad_report_full_2012_10_29.pdf

6. ΕΠΙΨΥ. Η Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Ουινοπνευματωδών στην Ελλάδα. Ετήσια Έκθεση 2014. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά, 2015. Available from: <http://www.ektep.gr/Documents/PDF/Cover.pdf>
7. ΕΠΙΨΥ. Πανελλήνια έρευνα για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στους μαθητές – Έρευνα ESPAD 2011. Έκθεση Αποτελεσμάτων. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής; 2012. Available from: http://www.epipsi.gr/Tekmiriosi/epid/Epidimiologikes_erevnes/Ekthesi%20Apotelesmatwn%20Ereynas%20ESPAD%202011-EPIPSI.pdf

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Ε7. Οδική Συμπεριφορά

Από το 2001 καταγράφεται σημαντική μείωση των θανάτων από τροχαία στις χώρες της Ε.Ε. και προβλέπεται αυτή η μείωση να είναι ακόμα μεγαλύτερη μέχρι το 2020 (Σχήμα 1)¹.

Σχήμα 1: Θάνατοι από τροχαία ατυχήματα στις χώρες της Ε.Ε. από το 2001-2020



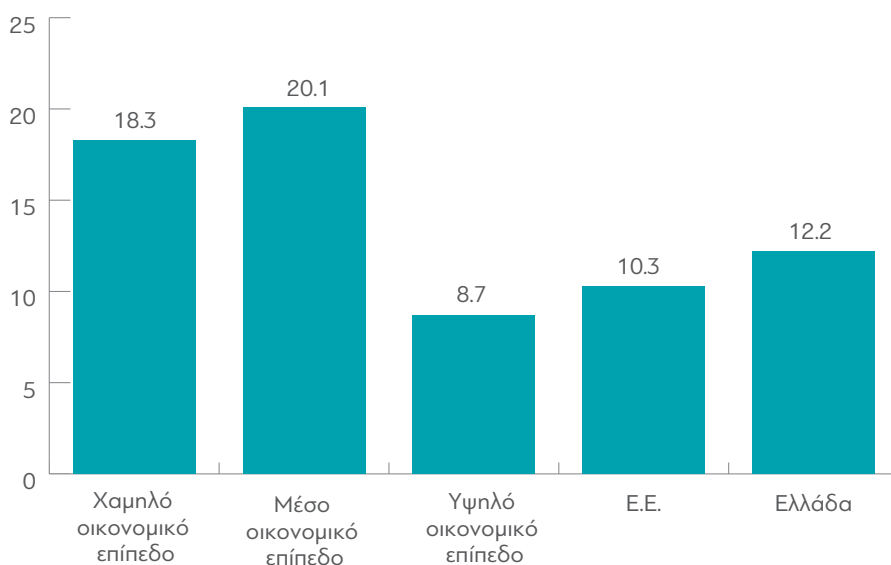
Πηγή: WHO, 2013

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Στην Ελλάδα ακολουθείται η ίδια μείωση με την Ε.Ε. ενώ το 2012 το ποσοστό των θανάτων από τροχαία ατυχήματα ήταν λίγο υψηλότερο από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (12,2 και 10,3 ανά 100.000 πληθυσμό) (Σχήμα 2)¹.

Σχήμα 2: Θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα ανά 100.000 πληθυσμού σε Ελλάδα και Ε.Ε. και σε σχέση με το οικονομικό επίπεδο το 2012



Πηγή: WHO, 2013

Στην Ελλάδα η θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα για το 2014 ανέρχεται στο 72 ανά 1.000.000 πληθυσμού, πλησιάζοντας για πρώτη φορά το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (51 ανά 1.000.000 πληθυσμού), γεγονός που την κατατάσσει στην 22η θέση μεταξύ 28 κρατών – μελών. Από το 2005 μέχρι το 2014, η μείωση των θανάτων εξαιτίας τροχαίων ατυχημάτων ανέρχεται στο 52%, ενώ για τα έτη 2009-2014 η μείωση φτάνει στο 44% (Πίνακας 1)².

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Πίνακας 1: Θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα ανά 1.000.000 πληθυσμού

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2005 -2014
AT	94	88	83	82	76	66	62	63	54	51	-45.7%
BE	104	102	101	88	88	76	80	70	65	64	-38.5%
BG	123	135	131	139	118	102	88	82	83	90	-26.8%
CY	136	112	114	104	89	75	88	61	51	52	-61.8%
CZ	126	104	119	104	86	76	67	71	62	61	-51.6%
DE	65	62	60	54	51	45	49	44	41	42	-35.4%
DK	61	56	75	74	55	48	40	30	34	33	-45.9%
EE	126	152	146	98	73	58	75	65	61	59	-53.2%
ES	103	94	86	68	59	52	45	41	36	36	-65.0%
FI	72	64	72	65	52	51	54	47	48	41	-43.1%
FR	85	75	73	67	66	62	63	56	51	53	-37.6%
GR	150	149	144	139	129	112	96	92	79	72	-52.0%
HU	127	129	122	99	82	74	64	61	60	63	-50.4%
IE	97	87	78	63	54	48	42	35	41	43	-55.7%
IT	100	96	87	79	71	65	63	62	57	52	-48.0%
LT	226	223	218	148	110	90	92	99	86	90	-60.2%
LU	103	92	97	72	95	62	64	66	84	65	-36.9%
LV	192	177	184	139	112	97	80	85	88	106	-44.8%
MT	42	27	34	37	51	36	41	27	43	26	-38.1%
NL	46	45	43	41	39	41	40	34	28	28	-39.1%
PL	143	137	146	143	120	102	110	93	87	84	-41.3%
PT	118	92	92	83	79	79	74	68	61	59	-50.0%
RO	121	120	130	142	130	111	94	101	93	91	-24.8%
SE	49	49	52	43	39	28	34	30	27	29	-40.8%
SI	129	131	146	106	84	68	69	63	61	52	-59.7%
SK	113	114	116	103	71	52	60	55	46	54	-52.2%
UK	56	55	50	43	38	31	31	29	28	29	-48.2%
EU	92	87	86	78	70	62	60	56	51	51	-45.1%

Πηγή: National Technical University of Athens – Road safety Observatory, 2015

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Επίσης, οι θάνατοι από τροχαία ατυχήματα ανά 100.000 πληθυσμού για το 2013 στην Ελλάδα, ανέρχονται σε 7,9 παρουσιάζοντας σταθερή πτώση κατά 1 μονάδα από το 2010. Ειδικότερα, η μέση ετήσια μεταβολή για την περίοδο 2010 -2013 κυμαίνεται στο 11,3% ενώ για την περίοδο 2012-2013 σε 11% (Πίνακας 2)³.

Πίνακας 2: Θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα ανά 100.000 πληθυσμού

	Θάνατοι	Θάνατοι/100.000 πληθυσμό	Ετήσια Μεταβολή		Μέση Ετήσια Μεταβολή 2010 -2013
2010	1258	11.1	2010/2011	-9.3%	11.3%
2011	1141	10.1			
2012	988	9.1	2011/2012	-13.4%	
2013	879	7.9	2012/2013	-11%	

Πηγή: IRTAD, 2015

Με βάση τα πιο πρόσφατα στοιχεία του ΟΟΣΑ, την περίοδο 2004 – 2012, οι θάνατοι από τροχαία ατυχήματα ανά 100.000 πληθυσμού παρουσιάζουν πτωτική πορεία. Συγκεκριμένα, από το 17,2 του 2004 η θνησιμότητα πέφτει στο 10,3 το 2012, ενώ η μεγαλύτερη ετήσια μείωση (-1,9) παρατηρείται μεταξύ των ετών 2009-2010 (14,2 έναντι 12,3 αντίστοιχα)⁴.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Όπως προκύπτει από τα στοιχεία που αποτυπώνονται στον πίνακα 3, τα τροχαία ατυχήματα στην Ελλάδα κατά τη δεκαετία 2004-2014, εμφανίζουν πτωτικές τάσεις, με εξαίρεση τα έτη 2005 και 2010 όπου παρατηρήθηκε άνοδος. Ειδικότερα, η μείωση των τροχαίων ατυχημάτων κατά την περίοδο αυτή κυμαίνεται στο 24% , ενώ μόνο για την πενταετία 2009-2014, παρατηρείται μείωση 21%. Επίσης, οι θάνατοι από τροχαία ατυχήματα στην Ελλάδα το 2014 ήταν 793 παρουσιάζοντας σταθερή πτώση από το 2004, η οποία ανέρχεται στο 53% ενώ την τελευταία πενταετία (2009 -2014), η μείωση φτάνει στο 46%. Αξίζει να σημειωθεί ότι μόνο για τα έτη 2013-2014 παρατηρείται πτώση 9% (879 έναντι 793 αντίστοιχα). Όσον αφορά τους τραυματισμούς (σοβαρούς και ελαφρείς), με εξαίρεση τα έτη 2005 και 2010 όπου παρατηρείται άνοδος, παρουσιάζουν πτωτική πορεία που για τη δεκαετία 2004-2014 ανέρχεται στο 28%, ενώ για την περίοδο 2009-2014 η μείωση φτάνει στο 23%⁵).

Πίνακας 3: Τροχαία Ατυχήματα, Θάνατοι, Τραυματισμοί στην Ελλάδα, 2004 -2014

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2004-2014	2009-2014
Ατυχήματα	15509	16914	16019	15499	15083	14789	15032	13849	12353	12072	11752	-24%	-21%
Θάνατοι	1670	1658	1657	1612	1553	1456	1258	1141	988	879	793	-53%	-46%
Τραυματισμοί	20179	22048	20675	19766	19010	18641	19108	17259	15724	14812	14442	-28%	-23%

Πηγή: CARE (EU road accidents database), 2015

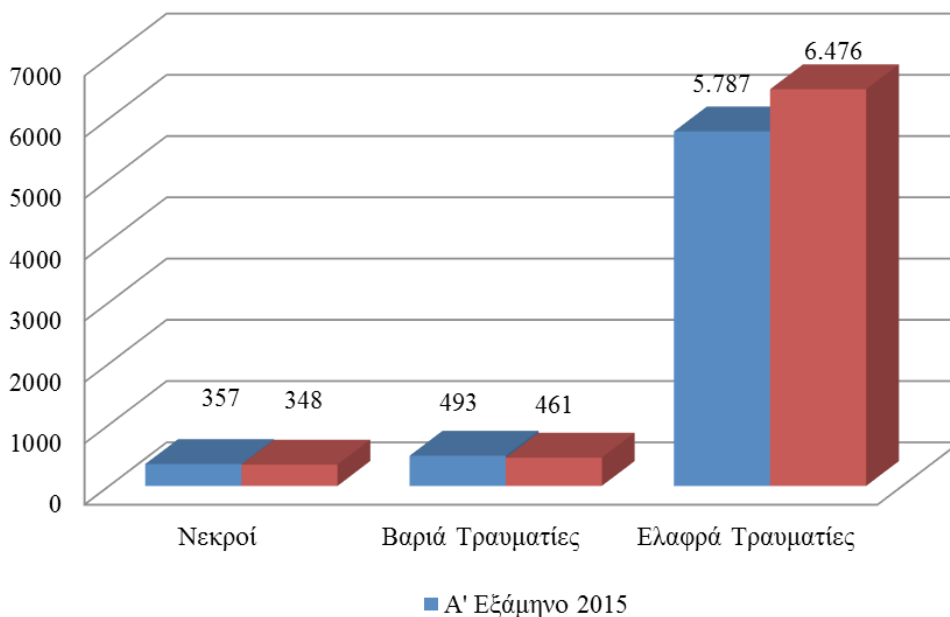
Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σύμφωνα με τη βάση δεδομένων της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα τροχαία ατυχήματα (Community Road Accidents Database - CARE), η Ελλάδα παρουσιάζει τη μεγαλύτερη μείωση στους θανάτους από τροχαία ατυχήματα για το χρονικό διάστημα 2010-2014 από όλα τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης με ποσοστό 37%, διπλάσιο από τον αντίστοιχο Μ.Ο. της Ευρωπαϊκής Ένωσης που ανέρχεται στο 18%⁶.

Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία της Ελληνικής Αστυνομίας για το Α' εξάμηνο του 2015 (Σχήμα 3), οι νεκροί από τροχαία ατυχήματα ανέρχονται σε 357 με τον αντίστοιχο αριθμό των νεκρών για την ίδια περίοδο του 2014 να είναι 348. Χωρίς ιδιαίτερες διαφορές παρουσιάζονται και οι περιπτώσεις των βαριά τραυματιών για την ίδια χρονική περίοδο (493 έναντι 461), ενώ μείωση παρατηρείται στον αριθμό των ελαφρά τραυματιών για το Α' εξάμηνο του 2015 (5.787) σε σύγκριση με τα αντίστοιχα στοιχεία του 2014 (6.476)⁷.

Σχήμα 3: Θάνατοι και Τραυματισμοί από Τροχαία Ατυχήματα στην Ελλάδα (Α' εξάμηνο 2015 – Α' εξάμηνο 2014)



Πηγή: Ελληνική Αστυνομία, 2015

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

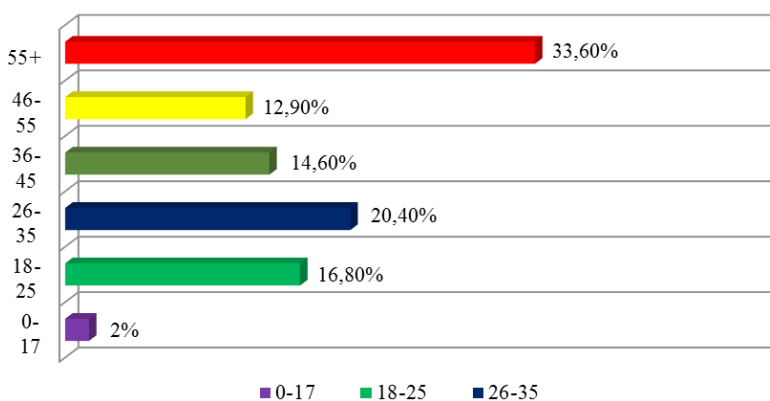
ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σε σύνολο 328 θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων στο Α΄ εξάμηνο του 2015, το 35,7% οφειλόταν σε σύγκρουση, το 34,5% σε εκτροπή, ενώ με μικρότερα ποσοστά ακολούθησαν η παράσυρση πεζού (17,1%), η πρόσκρουση (11,3%) και η ανατροπή (5%). Για την ίδια χρονική περίοδο προκύπτει ότι το 67,5% των θυμάτων ήταν οδηγοί, το 16,5% επιβάτες και το 16% πεζοί. Αναφορικά με το είδος του οχήματος που ενεπλάκη σε θανατηφόρο τροχαίο ατύχημα, το 48,2% αφορούσε ιδιωτικής χρήσης επιβατικό αυτοκίνητο και το 36,9% μοτοσικλέτα, συγκεντρώνοντας αθροιστικά ποσοστό 85,1%, με τα υπόλοιπα είδη οχήματος (φορτηγό, ποδήλατο, κτλ.) να ακολουθούν με πολύ μικρά ποσοστά.

Επίσης, για το Α΄ εξάμηνο του 2015, 1 στους 3 θανόντες (33,6%) ήταν άνω των 55 ετών, με την ηλικιακή ομάδα 26-35 ετών να ακολουθεί με ποσοστό 20,4% και τις ηλικίες 18-25 ετών με 16,8%. Μικρότερα αλλά εξίσου σημαντικά είναι και τα ποσοστά των θανόντων των ηλικιακών ομάδων 36-45 και 46-55 με 14,6% και 12,9% αντίστοιχα (Σχήμα 4).

Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι το 53,9% των θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων για το Α΄ εξάμηνο του 2015, συνέβησαν σε δευτερεύοντες οδικούς άξονες, και συγκεκριμένα το 33,8% σε λοιπό οδικό δίκτυο και το 20,1% σε λοιπό Ε.Ο. δίκτυο. Τέλος, πολύ υψηλό εμφανίζεται το ποσοστό των θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων εντός κατοικημένων περιοχών, το οποίο ανέρχεται στο 36,6%⁷.

Σχήμα 4: Ηλικία Θανόντων από Τροχαία Ατυχήματα στην Ελλάδα (Α΄ εξάμηνο 2015)



Πηγή: Ελληνική Αστυνομία, 2015

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα συγκριτικά στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ για την περίοδο Ιανουαρίου - Οκτωβρίου των ετών 2013, 2014 και 2015 (Πίνακας 4), παρατηρείται μείωση των τροχαίων ατυχημάτων στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, για το διάστημα Ιανουαρίου - Οκτωβρίου 2015, τα τροχαία ατυχήματα ανήλθαν σε 9.426, παρουσιάζοντας μείωση κατά -5,2% (9.945) και -7,3% (10.170) σε σχέση με το 2014 και 2013 αντίστοιχα. Όσον αφορά τους νεκρούς από τροχαία ατυχήματα για τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο, το 2015 παρατηρείται μια μικρή αύξηση (1,7%) σε σχέση με το 2014, με την μείωση για τα έτη 2014 και 2013 να ανέρχεται στο -10,6%. Τέλος, σχετικά με το σύνολο των τραυματισμών (σοβαρούς και ελαφρείς), το 2015 παρατηρείται μείωση κατά 6,9% σε σχέση με το 2014 και κατά 9% σε σχέση με το 2013, τάση που εμφανίζεται και στις κατά μέρους κατηγοριοποιήσεις (σοβαρούς και ελαφρά τραυματίες)⁸.

Πίνακας 4: Τροχαία Ατυχήματα, Θάνατοι και Τραυματισμοί στην Ελλάδα, Ιανουάριος – Οκτώβριος 2013, 2014 και 2015

ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ	ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ – ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ			ΠΟΣΟΣΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ		
	2013	2014	2015	2014/2013	2015/2014	2015/2013
Ατυχήματα	10.170	9.945	9.426	-2.2%	-5.2%	-7.3%
Νεκροί	739	661	672	-10.6%	1.7%	-9.1%
Βαριά Τραυματίες	1.134	935	932	-17.5%	-0.3%	-17.8%
Ελαφρά Τραυματίες	11.435	11.350	10.510	-0.7%	-7.4%	-8.1%
Σύνολο Τραυματιών	12.569	12.285	11.442	-2.3%	-6.9	-9%

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

Το ΚΕ.Ε.ΛΠΝΟ, λαμβάνοντας στοιχεία από την ηλεκτρονική βάση δεδομένων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ), διερεύνησε τη θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα στους νέους 10-24 ετών στην Ελλάδα, ανά γεωγραφική περιοχή, κατά τη διάρκεια της δεκαετίας 2000-2009. Τα τροχαία ατυχήματα αποτέλεσαν την κυριότερη εξωτερική αιτία θανάτου στους νέους 10-24 ετών σε όλες τις περιοχές της Ελλάδας. Αναλυτικότερα, κατά τη δεκαετία 2000-2009, σημειώθηκαν 3.844 θάνατοι λόγω τροχαίων ατυχημάτων στις ηλικίες 10-24 ετών (μέση ετήσια θνησιμότητα 17,9 ανά 100.000) σε ολόκληρη τη χώρα. Η πλειοψηφία (59,9%) των θανάτων λόγω τροχαίων ατυχημάτων αφορούσε νεαρούς ενήλικες (20-24 ετών), το 35,6% μεγαλύτερους εφήβους (15-19 ετών) και το 4,5% νεαρότερους εφήβους (10-14 ετών). Η κατά φύλο αναλογία ήταν 4.4 υπέρ των ανδρών, με την επικράτηση του άρρενος φύλου στους θανάτους να αυξάνεται με την ηλικία, από 69% στη νεότερη ηλικιακή ομάδα έως 85% στην ηλικιακή ομάδα 20-24 ετών⁹.

Σε όλες τις γεωγραφικές περιφέρειες για την περίοδο 2009-2014, την περίοδο δηλαδή της οικονομικής κρίσης, παρατηρείται σημαντική μείωση στους θανάτους από τροχαία ατυχήματα. Την μεγαλύτερη μείωση εμφανίζουν οι περιφέρειες Ιονίων Νήσων και Στέρας Ελλάδας με 64% καθώς και η περιφέρεια Μακεδονίας-Θράκης με 56%. Αντίστοιχα, την μικρότερη μείωση παρουσιάζουν οι περιφέρειες Βορείου και Νοτίου Αιγαίου (15% και 21%) και η περιφέρεια Θεσσαλίας με 32%¹⁰⁻¹¹.

Μια πρόσφατη ενδιαφέρουσα μελέτη σχετικά με την επίδραση της οικονομικής κρίσης στα τροχαία ατυχήματα, έδειξε ότι για την περίοδο 2010-2011, τα τροχαία ατυχήματα αυξάνονταν τις πρώτες ημέρες μετά την ανακοίνωση μέτρων λιτότητας. Συγκεκριμένα, η ανακοίνωση τέτοιων μέτρων είχε μια στατιστικώς σημαντική επίδραση στον αριθμό των τροχαίων ατυχημάτων, τα οποία αυξήθηκαν 8%-9% τις δύο πρώτες μέρες μετά τις σχετικές ανακοινώσεις. Οι συνέπειες από την αύξηση αυτή φάνηκαν να περιορίζονται στα τροχαία ατυχήματα με τραυματισμούς σε σχέση με τα θανατηφόρα ατυχήματα. Μια πιθανή ερμηνεία αυτής της απότομης αύξησης των τροχαίων ατυχημάτων, είναι το ξαφνικό «σοκ» που προκαλείται από την ανακοίνωση κακών νέων που επηρεάζουν αρνητικά την κοινωνικό-οικονομική κατάσταση των ατόμων. Ωστόσο, η επίδραση αυτή μειώνεται με την πάροδο του χρόνου καθώς μετά την αρχική εστίαση της προσοχής σε μια αρνητική αλλαγή, ακολουθεί η προσπάθεια εξήγησης και ερμηνείας αυτής και τέλος η αποδοχή της¹².

E7.1. Συμπεράσματα

- Το ποσοστό των θανάτων ανά 100.000 πληθυσμού στην Ελλάδα για το 2012 ήταν λίγο υψηλότερο από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Ένωσης, ενώ για το 2014 η θνησιμότητα πλησιάζει για πρώτη φορά τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

- Με βάση τα πιο πρόσφατα στοιχεία του ΟΟΣΑ, την περίοδο 2004 – 2012 η θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα μειώνεται από 17,2 το 2004 σε 10,3 το 2012, με την μεγαλύτερη ετήσια μείωση (-1,9) να παρατηρείται τα έτη 2009 – 2010.
- Πτωτική πορεία εμφανίζουν και οι τραυματισμοί κατά την περίοδο 2004-2014, η οποία κυμαίνεται στο 28%, με την μείωση για την περίοδο 2009-2014 να φτάνει στο 23%.
- Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία της Ελληνικής Αστυνομίας για το Α΄ Εξάμηνο του 2015, οι νεκροί από τροχαία ατυχήματα ανέρχονται σε 357 με το αντίστοιχο αριθμό των νεκρών για την ίδια περίοδο του 2014 να είναι 348, ενώ μείωση παρατηρείται στους ελαφρά τραυματίες (5.787 το 2015 έναντι 6.476 το 2014).
- Με βάση τα πιο πρόσφατα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ για την περίοδο Ιανουαρίου - Οκτωβρίου 2015, παρατηρείται μείωση των τροχαίων ατυχημάτων κατά 5,2% και - 7,3% σε σχέση με την αντίστοιχη περίοδο των ετών 2014 και 2013, με τη θνησιμότητα ωστόσο να είναι αυξημένη κατά 1,7% σε σχέση με το 2014.

* * *

Βιβλιογραφία

1. World Health Organization. Road Safety: Basic Facts, 2013 [accessed 2015 Apr 15]. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/1_Road_Safety_Basic_Facts.pdf
2. National Technical University of Athens – Road safety Observatory. Road fatalities per million population, European Union 2005 – 2014. 2015 [accessed 2015 Mar 26]. Available from: <http://www.nrso.ntua.gr/images/stories/data/nrso-eu51-2014.pdf>
3. International Traffic Safety Data and Analysis Group – IRTAD. Summary of the Road Safety Annual Report 2015. Paris: International Transport Forum; 2015 [accessed 2015 Jun 30]. Available from: http://www.internationaltransportforum.org/pub/pdf/15IRTAD_Summary.pdf
4. OECD Health Statistics. Health Status: Causes of Mortality [internet]. 2015 [accessed 2015 May 25]. Available from: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=30115>
5. CARE (EU road accidents database) or national publications. Road safety evolution in European Union – March 2015. European Commission, Directorate General Energy and Transport; 2015 [accessed 2015 Mar 10]. Available from: <http://ec.europa.eu/>

- transport/road_safety/pdf/observatory/historical_evol.pdf
6. CARE (Eu road accidents database) or national publications. European Union road fatalities – March 2015, European Commission, Directorate General Energy and Transport; 2015 [accessed 2015 Mar 10]. Available from: http://ec.europa.eu/transport/road_safety/pdf/observatory/trends_figures.pdf
 7. Ελληνική Αστυνομία. Στατιστικά Στοιχεία Τροχαίας (Προσπέλαση 19/1/2016). Διαθέσιμο στο: http://www.astynomia.gr/index.php?option=ozo_content&perform=view&id=55312&Itemid=86&lang=
 8. Ελληνική Στατιστική Αρχή (Προσπέλαση 19/1/2016). Διαθέσιμο στο: <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SDT03/->
 9. ΚΕ.Ε.ΛΠΝΟ. Θνησιμότητα εφήβων και νέων ενηλίκων από τροχαία ατυχήματα στην Ελλάδα [internet]. 2013 [accessed 2015 Apr 15]. Available from: <http://www2.keelpno.gr/blog/?p=4381>
 10. ΕΛΣΤΑΤ. Οδικά Τροχαία Ατυχήματα, 2000-2014 [accessed 2015 Jul 7]. Available from: http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-themes?p_param=A2102
 11. Eurostat. Victims in road accidents by NUTS 2 regions [updated 2015 Jun 12, accessed 2015 Jun 14]. Available from: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=tran_r_acci&lang=en
 12. VANDOROS S, KAVETSOS G, DOLAN P. Greasy Roads: The impact of Bad Financial News on Road Traffic Accidents. Risk Analysis. 2014;34(3):556-566.

Ε8. Προτάσεις για την Αντιμετώπιση των Επιπτώσεων στις Συμπεριφορές που Επιδρούν στην Υγεία

Γενικά:

Η πρωτογενής πρόληψη, που αφορά την καταπολέμηση των παραγόντων κινδύνου για την υγεία με την αποφυγή ή τον περιορισμό της επίδρασης τους, αποτελεί την πιο σημαντική συνιστώσα της Πρόληψης γιατί έχει διαπιστωθεί ότι από μόνη της η δευτερογενής Πρόληψη για την έγκαιρη διάγνωση προλήψιμων νοσημάτων δεν βελτιώνει το προσδόκιμο ζωής του πληθυσμού. Σύμφωνα, δε, με τη σύγχρονη στρατηγική της Προαγωγής Υγείας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, τα προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης θα πρέπει να εστιάζονται κυρίως στους τομείς του καπνίσματος, της διατροφής και της φυσικής άσκησης και να συνοδεύονται από παρεμβάσεις στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον για τη δημιουργία ευνοϊκών συνθηκών υιοθέτησης υγιεινών στάσεων και συμπεριφορών.

1. Αξιοποίηση του νέου προγράμματος ΕΣΠΑ για την ενίσχυση δράσεων πρωτογενούς πρόληψης, ιδιαίτερα στους τομείς ελέγχου του καπνίσματος που αποτελεί τον υπ' αριθμόν ένα δημόσιο κίνδυνο για την υγεία του πληθυσμού, καθώς και της διατροφής και της άσκησης που έχουν επηρεαστεί αρνητικά από την οικονομική κρίση.
2. Βελτίωση των διατροφικών συνθηκών του ελληνικού πληθυσμού, ιδιαίτερα σε ότι αφορά την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, καθώς και δημητριακών, με την ανάπτυξη ενημερωτικών εκστρατειών και στοχευμένων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας σε ειδικές ομάδες του πληθυσμού.
3. Εφαρμογή διατροφικών προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στον μαθητικό πληθυσμό για την υιοθέτηση της μεσογειακής Διατροφής με τη συμμετοχή μαθητών, διδασκόντων και γονέων – κηδεμόνων, καθώς και παροχή υγιεινών διατροφικών προϊόντων (κυρίως φρούτων) στους μαθητές σχολείων υποβαθμισμένων περιοχών.
4. Καταπολέμηση της παχυσαρκίας ειδικά στην παιδική ηλικία και ιδιαίτερα στα παιδιά από χαμηλά κοινωνικό-οικονομικά στρώματα, με προγράμματα ενημέρωσης και Αγωγής Υγείας για τους κινδύνους

της παχυσαρκίας, για τον περιορισμό λήψης φθηνών θερμιδογόνων τροφίμων και για την αποφυγή της πολύωρης καθιστικής ζωής.

5. Αύξηση της φυσικής άσκησης του ελληνικού πληθυσμού, ειδικά των παιδιών και των νέων και ιδιαίτερα των ατόμων από χαμηλά κοινωνικό-οικονομικά στρώματα, με ενημέρωση για τα οφέλη της άσκησης, διαμόρφωση επιπλέον χώρων άθλησης στις πόλεις, παροχή περισσότερων προσιτών προγραμμάτων άθλησης από τις αρμόδιες υπηρεσίες της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ
ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ
ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
Μάρτιος 2016

Οι επιπτώσεις
στο σύστημα υγείας



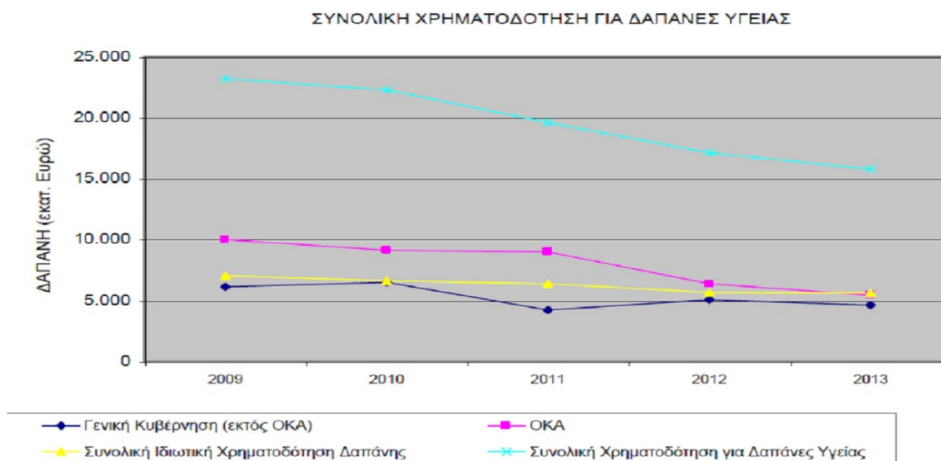
ΣΤ1. Χρηματοδότηση - Δαπάνες Υγείας

ΣΤ1.1. Εξέλιξη της Χρηματοδότησης του Συστήματος Υγείας ανά Χρηματοδοτικό φορέα

Οι πόροι με τους οποίους χρηματοδοτείται το Ελληνικό Σύστημα Υγείας προέρχονται από τον Κρατικό Προϋπολογισμό, τους Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΚΑ) καθώς και από τον Ιδιωτικό Τομέα, μέσω ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών και πληρωμές ιδιωτών.

Η εξέλιξη της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας ανά χρηματοδοτικό φορέα για την περίοδο 2009-2013 παρουσιάζεται στο Σχήμα 1¹.

Σχήμα 1: Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας ανά χρηματοδοτικό φορέα (2009-2013)



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή - Εθνικοί Λογαριασμοί Υγείας, 2013

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Η μείωση της χρηματοδότησης, που καταγράφεται στο Σχήμα 1, χαρακτηρίζεται από δύο φάσεις. Η πρώτη εντοπίζεται την περίοδο 2010-2011 και οφείλεται κυρίως στη μείωση των δαπανών της Γενικής Κυβέρνησης ενώ, στη συνέχεια, προκύπτει κυρίως από τη υποχώρηση της συμμετοχής των ΟΚΑ¹.

Στον πίνακα 1 και στα Σχήματα 2 και 3 παρουσιάζονται η συνολική χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ανά φορέα, καθώς και η ποσοστιαία συμμετοχή κάθε φορέα, απ' όπου προκύπτει ότι το μερίδιο συμμετοχής των ΟΚΑ έχει μειωθεί σημαντικά, ενώ, αντίθετα, το ποσοστό των ιδιωτικών πληρωμών έχει αυξηθεί σε μεγάλο βαθμό, προσεγγίζοντας, μάλιστα, ως ποσοστό τους ΟΚΑ^{1,2}.

Πίνακας 1: Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας ανά Χρηματοδοτικό Φορέα (2009-2013)

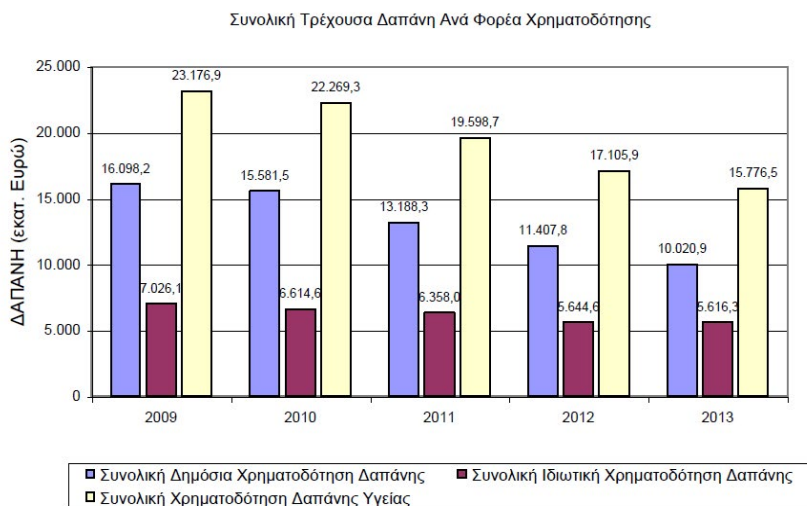
	2009	2010	2011	2012	2013
Συνολική Χρηματοδότηση Δαπάνης Υγείας (HF) (1) έως (5)	23.176,9	22.269,3	19.598,7	17.105,9	15.776,5
Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1) (1)	6.115,4	6.475,4	4.202,2	5.046,4	4.603,1
(% της συνολικής)	26,4	29,1	21,4	29,5	29,2
ΟΚΑ (HF.1.2) (2)	9.982,8	9.106,1	8.986,1	6.361,3	5.417,8
(% της συνολικής)	43,1	40,9	45,9	37,2	34,3
Συνολική Δημόσια Χρηματοδότηση Δαπάνης (1)+ (2)	16.098,2	15.581,5	13.188,3	11.407,8	10.020,9
(% της συνολικής)	69,5	70,0	67,3	66,7	63,5
Συνολική Ιδιωτική Χρηματοδότηση Δαπάνης (3)+ (4)	7.026,1	6.614,6	6.358,0	5.644,6	5.616,3
(% της συνολικής)	30,3	29,7	32,4	33,0	35,6
Ιδιωτική Ασφάλιση (HF.2.1) (3)	433,8	536,6	534,2	525,7	495,1
(% της συνολικής)	1,9	2,4	2,7	3,1	3,1
Ιδιωτικές Πληρωμές (HF.3.1) (4)	6.592,3	6.078,0	5.823,8	5.118,9	5.121,2
(% της συνολικής)	28,4	27,3	29,7	29,9	32,5
Λοιπές Δαπάνες (HF.2.2 έως HF.0) (5)	52,6	73,2	52,4	53,5	139,3
(% της συνολικής)	0,2	0,4	0,3	0,3	0,3

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή - Εθνικοί Λογαριασμοί Υγείας, 2013

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

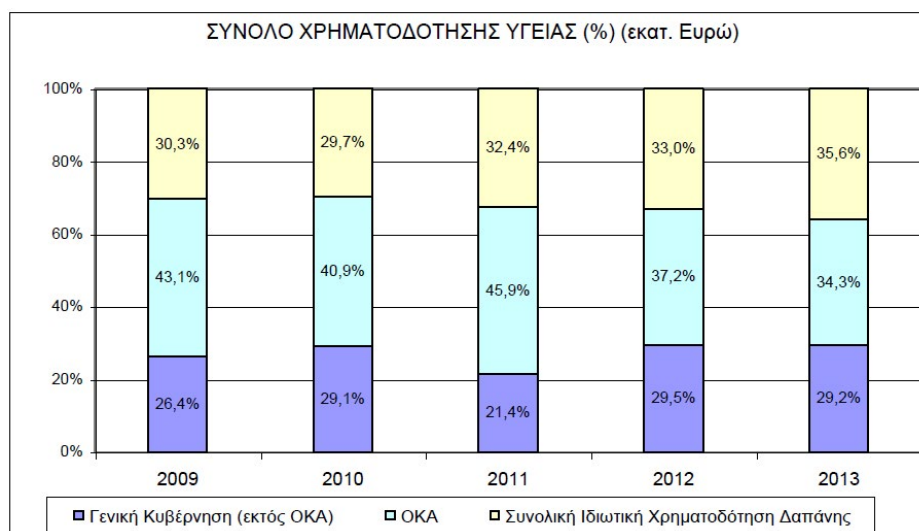
ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 2: Συνολική Τρέχουσα Δαπάνη ανά Φορέα Χρηματοδότησης (2009-2013)



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

Σχήμα 3: Σύνολο Χρηματοδότησης Υγείας (%) (εκατ. Ευρώ) (2009-2013)



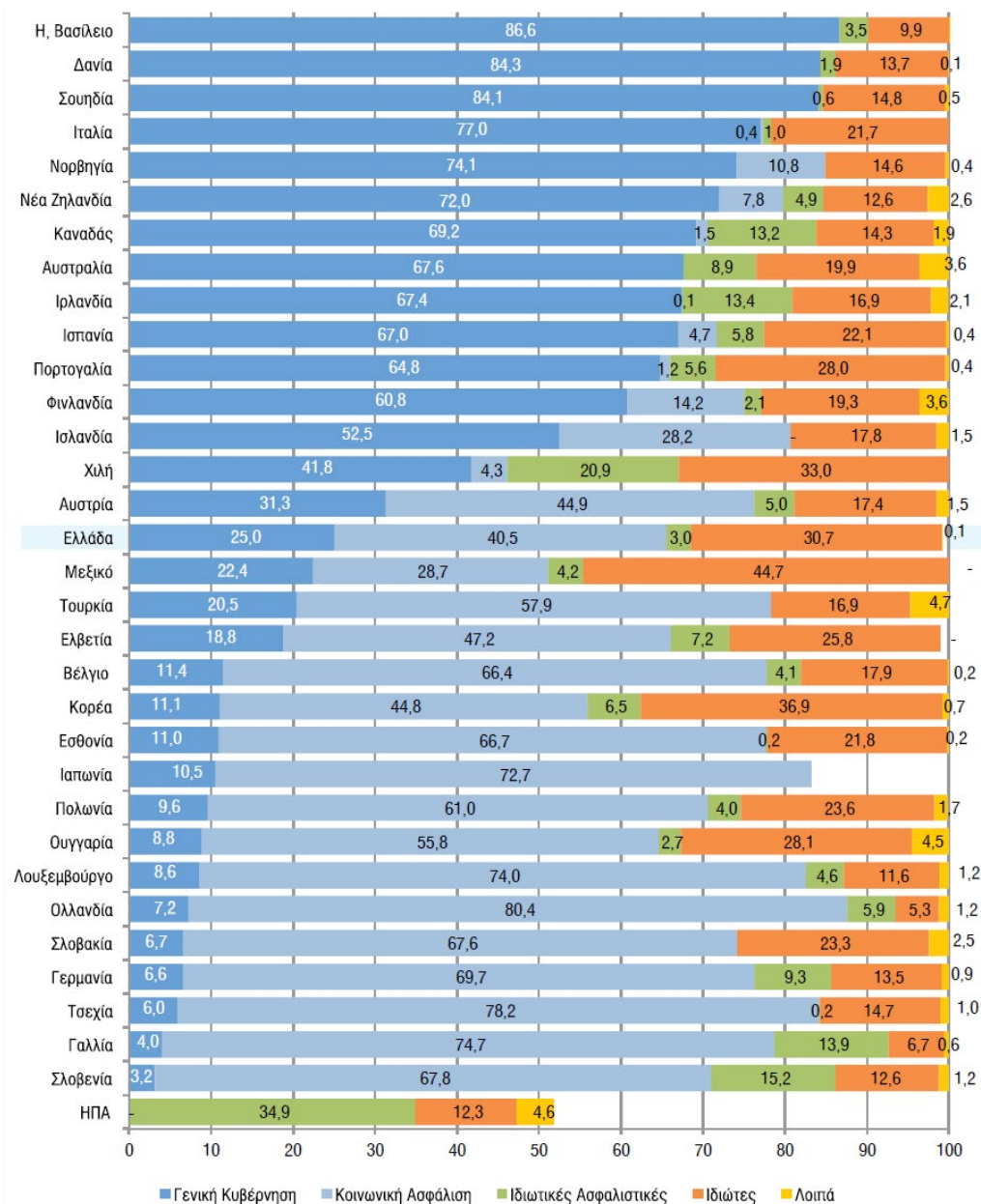
Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Στο σημείο αυτό αξίζει να επισημανθεί ότι στην Ελλάδα, παρά το ότι συνυπάρχουν, σε παραπλήσιο μάλιστα βαθμό, οι δύο βασικές δημόσιες πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας (φορολογία και κοινωνική ασφάλιση), το ποσοστό της ιδιωτικής δαπάνης εξακολουθεί να είναι ένα από τα υψηλότερα στον ΟΟΣΑ (Σχήμα 4).

Σχήμα 4: Χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας ανά φορέα χρηματοδότησης και ανά χώρα (2013)



Πηγή: ΟΟΣΑ

Σημ.: Το ποσοστό ιδιωτικών δαπανών για την Ελλάδα το 2013 στο Σχήμα 4 (33,7%) διαφέρει ελαφρώς από το ποσοστό (35,6%) που αναγράφεται στο Σχήμα 3.

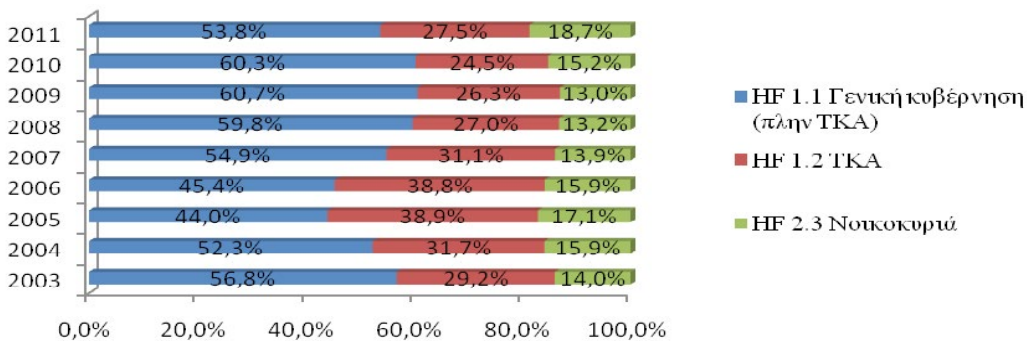
Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

ΣΤ1.2. Κατανομή Χρηματοδότησης ανά Τομείς

Στα Σχήματα 5, 6, 7 παρουσιάζεται η χρηματοδότηση Νοσοκομείων, Παρόχων Εξωνοσοκομειακής Φροντίδας (γιατροί, οδοντίατροι, φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, νοσηλευτές, κέντρα υγείας, πολυιατρεία, διαγνωστικά εργαστήρια) και Εμπόρων Λιανικής (φαρμακεία, καταστήματα οπτικών και ακουστικών ειδών, ακουστικών βαρκοϊας, κλπ.) από τους κύριους χρηματοδοτικούς φορείς: Γενική Κυβέρνηση, Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης-ΤΚΑ και Νοικοκυριά (δεν περιλαμβάνονται εδώ χρηματοδοτικοί φορείς που συμμετέχουν με μικρό ποσοστό όπως Ιδιωτική Ασφάλιση, Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις κλπ.). Σύμφωνα με το Σχήμα 5, την περίοδο 2009-2011 παρατηρείται αύξηση του ποσοστού της ιδιωτικής χρηματοδότησης των νοσοκομείων και μείωση του ποσοστού της χρηματοδότησης.

Σχήμα 5: Ποσοστιαία κατανομή συνολικής χρηματοδότησης για τα Νοσοκομεία κατά χρηματοδοτικό φορέα (2003-2011)



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή – Εθνικοί Λογαριασμοί Υγείας, 2012

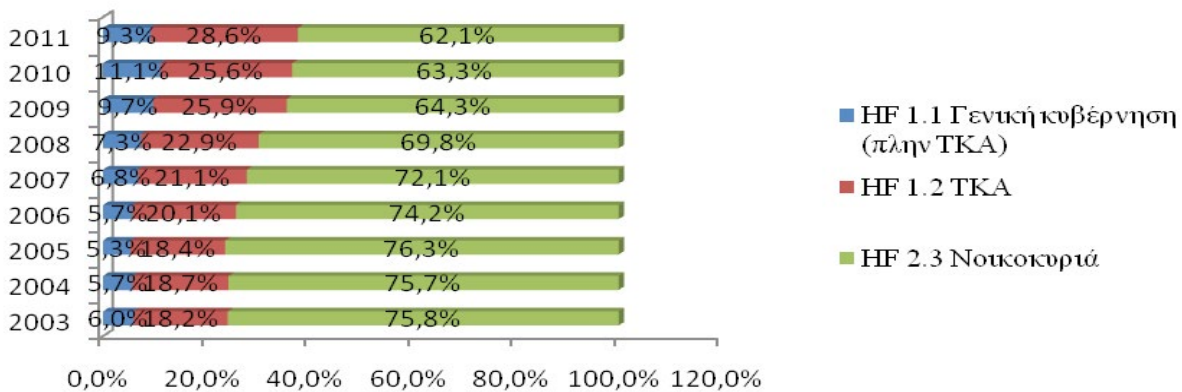
Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Στο Σχήμα 6 παρουσιάζεται η ποσοστιαία κατανομή της συμμετοχής καθενός από τους κύριους χρηματοδοτικούς φορείς στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων απ' όπου παρατηρείται μια αύξηση της δημόσιας δαπάνης από το 2007 έως το 2009, ενώ στη συνέχεια το ποσοστό αυτό βαίνει μειούμενο³.

Αντίθετα, μέσα σε μόλις 8 έτη, οι δαπάνες των νοικοκυριών για υπηρεσίες υγείας στα νοσοκομεία αυξήθηκαν πάνω από 4% και από το 2010 και μετά προκύπτει μια επιβάρυνση της τάξης του 5% περίπου³.

Σχήμα 6: Ποσοστιαία κατανομή συνολικής χρηματοδότησης εξωνοσοκομειακής περίθαλψης κατά χρηματοδοτικό φορέα



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή – Εθνικοί Λογαριασμοί Υγείας, 2012

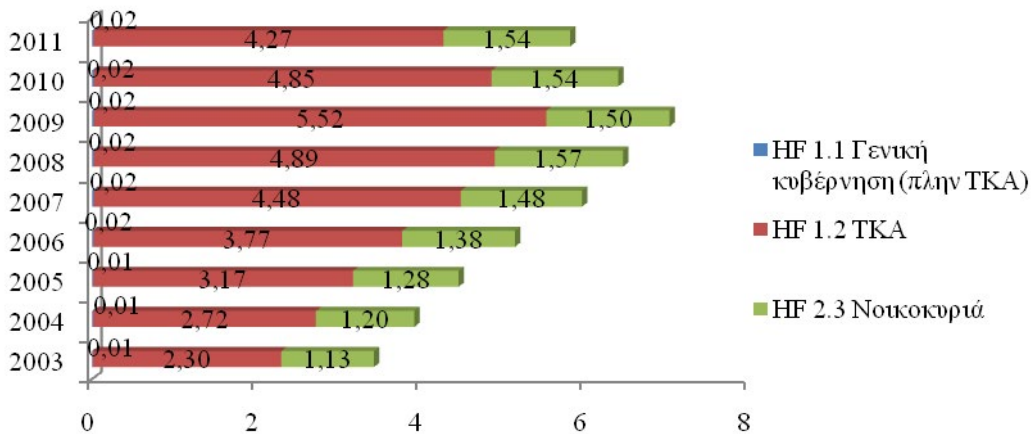
Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Το μεγαλύτερο μέρος της δαπάνης για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη καλύπτεται από τα Νοικοκυριά και αυτό οφείλεται κυρίως στη δαπάνη για οδοντιατρική φροντίδα. Οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης καλύπτουν επίσης μεγάλο μέρος, κυρίως μέσω του ΕΟΠΥΥ.

Πρέπει να αναφερθεί ότι μια ακόμη παράμετρος που επιβαρύνει το ιδιωτικό κόστος για υπηρεσίες δαπανών υγείας, είναι η μείωση της αγοράς προϊόντων ασφάλισης υγείας που παρατηρείται στο διάστημα αυτό.

Σχήμα 7: Ποσοστιαία κατανομή συνολικής χρηματοδότησης εμπόρων λιανικής προϊόντων υγείας κατά χρηματοδοτικό φορέα



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή – Εθνικοί Λογαριασμοί Υγείας, 2012

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σύμφωνα με νεότερα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ (Δεκέμβριος 2015), η δημόσια χρηματοδότηση για το διάστημα 2009-2013, παρουσιάζει σημαντική μείωση και στις τρεις κατηγορίες φροντίδων υγείας, με τη μεγαλύτερη μείωση να παρουσιάζεται στα νοσοκομεία και στην κατηγορία των «εμπόρων και λοιπών φορέων».

Τα στοιχεία από το 2009 έως το 2013 που παρουσιάζονται στον πίνακα 2, δείχνουν την συνολική τάση μείωσης της χρηματοδότησης. Στα Νοσοκομεία, η μείωση είναι της τάξης του 23% σε σύγκριση με το 2009 και αποδίδεται κατά κύριο λόγο στην υποχώρηση της συμμετοχής του κρατικού προϋπολογισμού (κατά 30% περίπου)¹.

Πίνακας 2: Χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ανά προμηθευτή υπηρεσιών (2009-2013)

	2009	2010	2011	2012	2013	2010/2009 %	2011/2010 %	2012/2011 %	2013/2012 %
Σύνολο προμηθευτών υγείας (HP.1-HP.0)	23.176,9	22.269,3	19.598,7	17.105,9	15.776,5	-3,9	-12,0	-12,7	-7,8
Υπηρεσίες περιθαλψής, αποκατ/σης (HC.1,HC.2,HC.3)	13.950,1	13.468,0	10.783,3	10.157,9	9.485,6	-3,5	-19,9	-5,8	-6,6
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	1.083,8	906,1	921,6	943,3	833,1	-16,4	1,7	2,4	-11,7
Διάθεση προϊόντων σε εξανοσοκ/κους ασθενείς (HC.5)	7.427,4	7.238,0	7.257,8	5.399,4	4.875,2	-2,6	0,3	-25,6	-9,7
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.0)	715,6	657,2	635,9	605,3	582,5	-8,2	-3,2	-4,8	-3,8
Νοσοκομεία (HP.1)	9.028,7	9.046,3	6.831,2	7.240,7	6.715,1	0,2	-24,5	6,0	-7,3
Υπηρεσίες περιθαλψής, αποκατ/σης (HC.1,HC.2,HC.3)	8.944,6	9.013,6	6.782,4	7.235,9	6.707,0	0,8	-24,8	6,7	-7,3
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	13,7	10,7	12,1	4,8	8,1	-21,9	13,0	-60,3	69,2
Διάθεση προϊόντων σε εξανοσοκ/κους ασθενείς (HC.5)	70,3	21,8	36,7	0,0	0,0	-69,0	68,5	-	-
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.0)	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	126,6	-90,2	-	-
Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (HP.2)	117,0	140,8	129,1	81,5	62,4	20,4	-8,3	-36,9	-23,4
Υπηρεσίες περιθαλψής, αποκατ/σης (HC.1,HC.2,HC.3)	117,0	140,8	129,1	81,5	62,4	20,4	-8,3	-36,9	-23,4
Φορείς εξανοσοκομιακής φροντίδας (HP.3)	5.128,1	4.552,4	4.058,4	3.020,0	2.852,0	-11,2	-10,9	-25,6	-5,6
Υπηρεσίες περιθαλψής, αποκατ/σης (HC.1,HC.2,HC.3)	4.839,2	4.271,4	3.838,3	2.822,3	2.679,7	-11,7	-10,1	-26,5	-5,1
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	80,8	76,9	67,9	56,4	47,6	-4,8	-11,7	-16,9	-15,6
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.0)	208,1	204,1	152,2	141,3	124,7	-1,9	-25,4	-7,2	-11,7
Προμηθευτές βοηθητικών υπηρεσιών (HP.4)	987,1	815,9	839,3	880,9	777,4	-17,3	2,9	5,0	-11,7
Διάθεση προϊόντων σε εξανοσοκ/κους ασθενείς (HC.4)	987,1	815,9	839,3	880,9	777,4	-17,3	2,9	5,0	-11,7
Εμποροι λιανικής (HP.5)	7.357,1	7.216,2	7.221,1	5.399,4	4.875,2	-1,9	0,1	-25,2	-9,7
Διάθεση προϊόντων σε εξανοσοκ/κους ασθενείς (HC.5)	7.357,1	7.216,2	7.221,1	5.399,4	4.875,2	-1,9	0,1	-25,2	-9,7
Φορείς διοίκησης δημόσιας υγείας και λοιποί φορείς (HP.6-HP.0)	558,9	497,7	519,5	483,4	494,3	-11,0	4,4	-6,9	2,3
Υπηρεσίες περιθαλψής, αποκατ/σης (HC.1,HC.2,HC.3)	49,3	42,2	33,5	18,2	36,5	-14,4	-20,6	-45,7	100,5
Διάθεση προϊόντων σε εξανοσοκ/κους ασθενείς (HC.4,HC.5)	2,2	2,6	2,3	1,2	0,0	18,2	-11,5	-47,8	-
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.0)	507,4	452,9	483,7	464,0	457,8	-10,7	6,8	-4,1	-1,3

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή – Εθνικοί Λογαριασμοί Υγείας, 2013

Στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα, όπου οι πόροι προέρχονται κυρίως από τους ΟΚΑ και τις πληρωμές των ιδιωτών, η μείωση στη χρηματοδότηση είναι της τάξης του 44% σε σχέση με το 2009 και λαμβάνει την μεγαλύτερη τιμή της το 2012.

Η χρηματοδότηση των προμηθευτών βοηθητικών υπηρεσιών καθώς και των εμπόρων λιανικής, αφορά κυρίως την φαρμακευτική δαπάνη και γίνεται κυρίως από τους ΟΚΑ και τις πληρωμές ιδιωτών. Η μείωση της χρηματοδότησης των ΟΚΑ, κυρίως τα έτη 2012 και 2013, είναι της τάξης του 27% και 19% αντίστοιχα. Αντίθετα, η χρηματοδότηση μέσω ιδιωτικών πληρωμών αυξάνεται κατά 13% περίπου το 2013. Αυτό προκύπτει, κυρίως, από την αύξηση της συμμετοχής των ιδιωτών στην αγορά φαρμάκων¹.

ΣΤ1.3. Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα

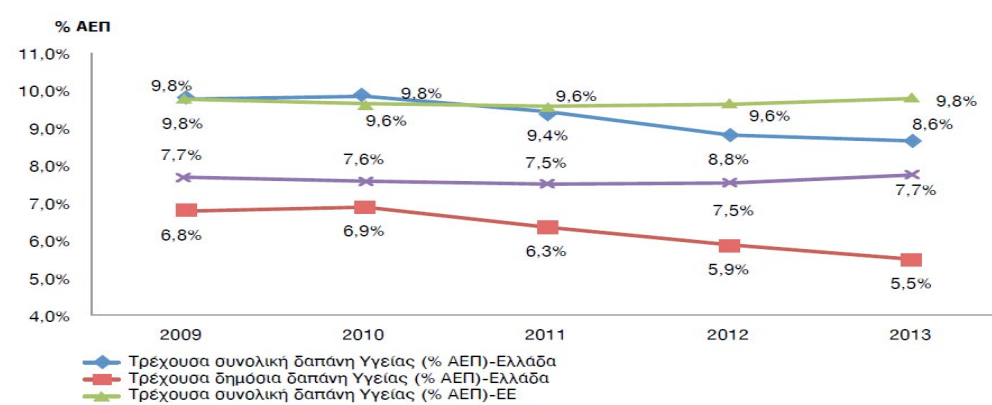
Τα παρακάτω στοιχεία προέρχονται από το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ), το οποίο προτάθηκε από τον ΟΟΣΑ το 2000 και τέθηκε σε εφαρμογή το 2003. Σημειώνεται ότι στην Ελλάδα το ΣΛΥ υλοποιήθηκε από το ΕΚΠΑ και παραδόθηκε στην Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) το 2012, με τη χώρα μας να είναι η τελευταία από τις 35 χώρες που το έχουν εφαρμόσει.

Το ΣΛΥ επιτρέπει τον ακριβή υπολογισμό της συνολικής, της δημόσιας και της ιδιωτικής δαπάνης υγείας, καθώς και τη σύγκρισή τους με το ΑΕΠ. Συγκεκριμένα, για πολλά χρόνια η δαπάνη υγείας αυξανόταν με ταχύτερο ρυθμό από το ΑΕΠ. Στο διάστημα 2005-2009 το ΑΕΠ αυξήθηκε κατά 19,7%, ενώ η συνολική δαπάνη υγείας (ΣΔΥ) κατά 45% και η δημόσια δαπάνη υγείας (ΔΔΥ) κατά 73% για να φτάσει το 2009 στο 9,8% του ΑΕΠ. (3) Στη συνέχεια ξεκινά μια πτωτική πορεία, με το ΑΕΠ να μειώνεται το 2011 κατά 22,6 δις ευρώ ή 9,8% και τη συνολική δαπάνη υγείας κατά 4,4 δις ευρώ ή 18,9%. Το 2012 η μείωση των δαπανών υγείας ήταν πάνω από 2 δις ευρώ (1% του ΑΕΠ), ενώ το 2013 το ποσοστό των δαπανών υγείας υπολογίζεται στο 8,65% του ΑΕΠ, ποσοστό σημαντικά χαμηλότερο από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (9,8%). Το ίδιο έτος η δημόσια δαπάνη υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ προσέγγισε το 5,5%, έναντι 7,8% στην Ε.Ε. και 8,0% στην Ευρωζώνη (Σχήματα 8 και 9). Έτσι, από μηχανή «ανάπτυξης», η υγεία μεταβλήθηκε σε εργαλείο δημοσιονομικής εξυγίανσης⁴.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

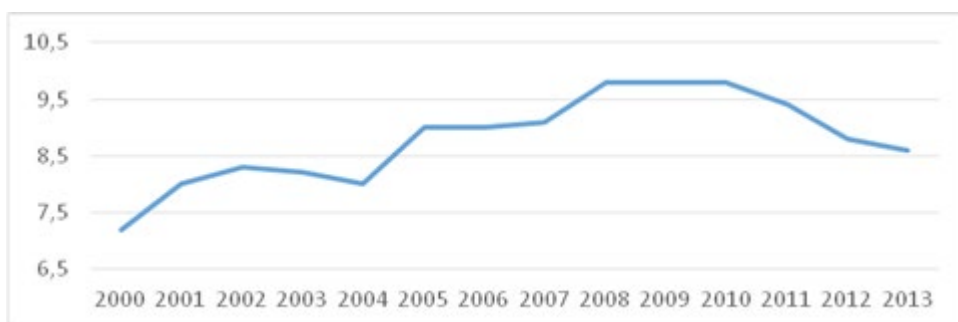
ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 8: Τρέχουσα Συνολική Δαπάνη Υγείας και Τρέχουσα Δημόσια Δαπάνη Υγείας ως % ΑΕΠ, Ελλάδα, Ε.Ε. (2009-2013)



Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2013, ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2015, OECD, Health Data, 2015, επεξεργασία στοιχείων IOBE
 *Ευρωπαϊκή Ένωση-23 (μη διαθέσιμα στοιχεία για Βουλγαρία, Κροατία, Κύπρος, Ρουμανία και Μάλτα)

Σχήμα 9: Συνολικές Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα (% ΑΕΠ) (2000-2013)



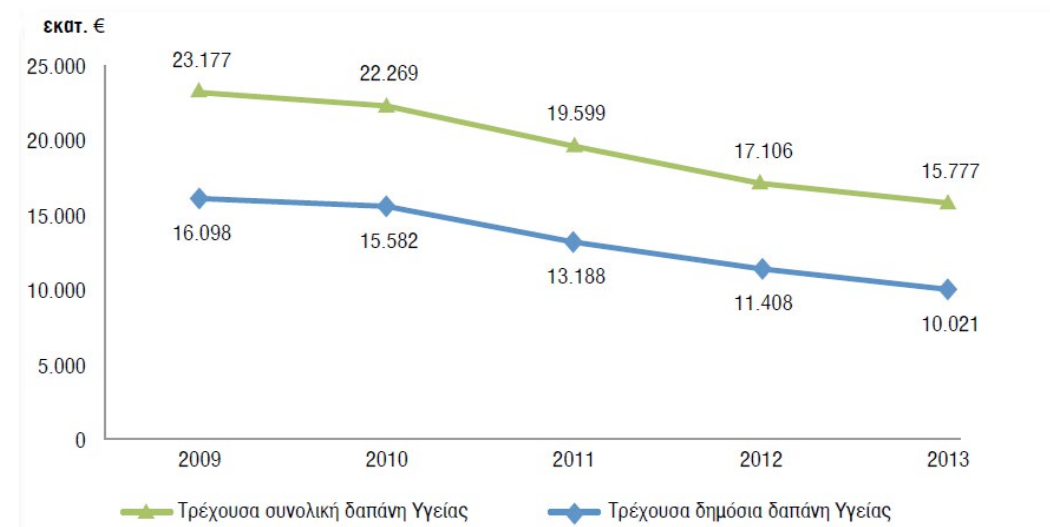
Πηγή: ΟΟΣΑ & Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2013

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Η συνολική δαπάνη υγείας και η δημόσια δαπάνη υγείας, σε απόλυτους αριθμούς, καταγράφεται στο Σχήμα 10.

Σχήμα 10: Τρέχουσα Συνολική Δαπάνη Υγείας (ΣΔΥ) και Τρέχουσα Δημόσια Δαπάνη Υγείας (ΔΔΥ) σε δις ευρώ (2009-2013)



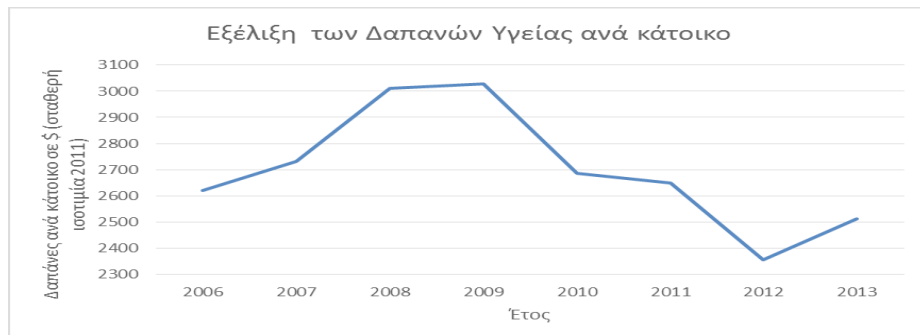
Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας Ελλάδος 2013 και ΙΟΒΕ, 2015

Αντιστοίχως, η κατά κεφαλήν δαπάνη έχει μειωθεί, σύμφωνα με τα στοιχεία της World Bank (πρόσβαση από το <http://databank.worldbank.org/data>), που παρουσιάζονται στο Σχήμα 11, σε σταθερές τιμές, από περισσότερα από 3.000 δολάρια ανά κάτοικο το 2009 σε λιγότερα από 2.400 δολάρια το 2012 και 2.500 δολάρια το 2013, μείωση της τάξης του 17% περίπου⁵.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

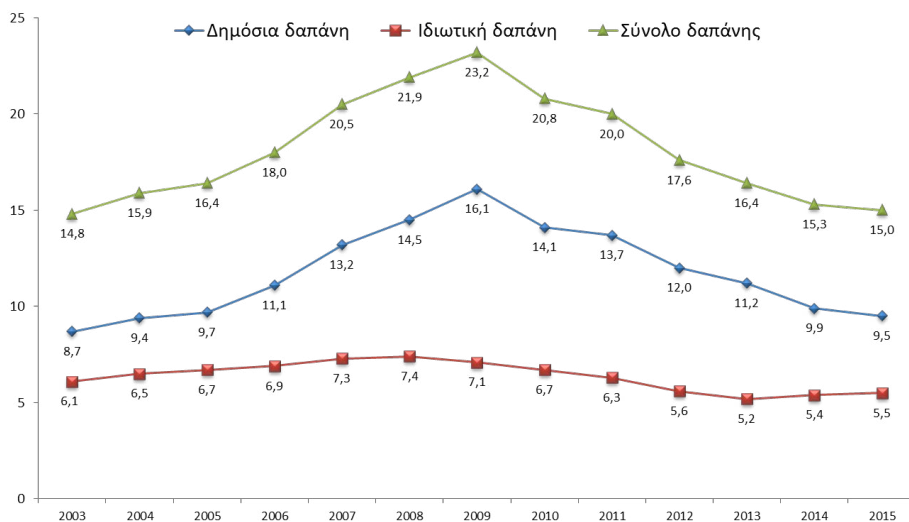
Σχήμα 11: Εξέλιξη των Δαπανών Υγείας ανά κάτοικο (σε δολάρια, σε σταθερές τιμές 2011) (2006-2013)



Πηγή: World Bank Database, 2013

Με βάση πιο πρόσφατες εκτιμήσεις, οι συνολικές και κυρίως οι δημόσιες δαπάνες υγείας εξακολούθησαν να έχουν πτωτική πορεία και μετά το 2013 (Σχήμα 12).

Σχήμα 12: Εξέλιξη της Δαπάνης Υγείας στην Ελλάδα (2003-2015)



Πηγή: OECD, 2015 (6)

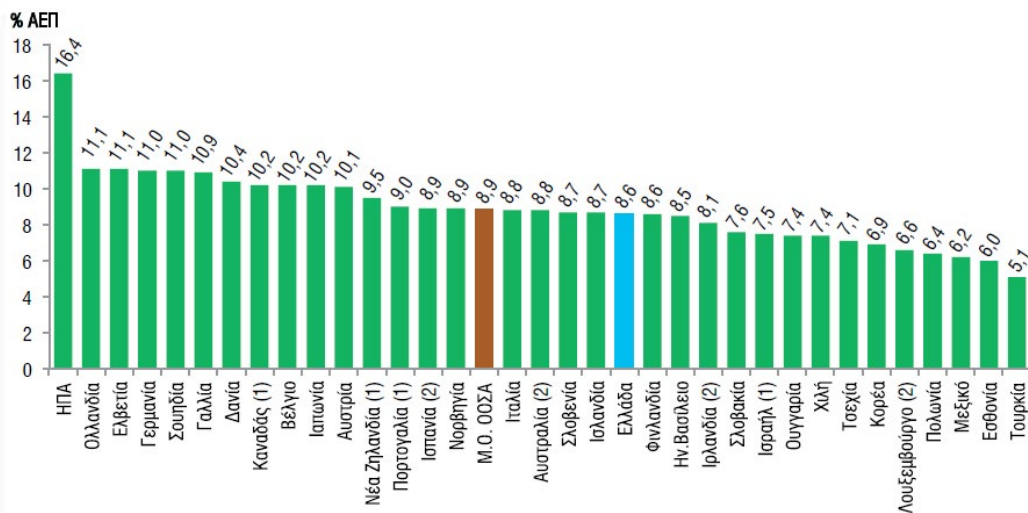
Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

ΣΤ1.4. Εξέλιξη της Δαπάνης Υγείας στην Ελλάδα σε Σύγκριση με τις Χώρες του ΟΟΣΑ

Όπως προαναφέρθηκε, το 2013 οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα αντιστοιχούσαν στο 8,6% του ΑΕΠ, ποσοστό χαμηλότερο τόσο από τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (8,9%), όσο και από το αντίστοιχο άλλων χωρών σε οικονομική κρίση όπως η Πορτογαλία, η Ισπανία και η Ιταλία (Σχήμα 13).

Σχήμα 13: Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ (2013)



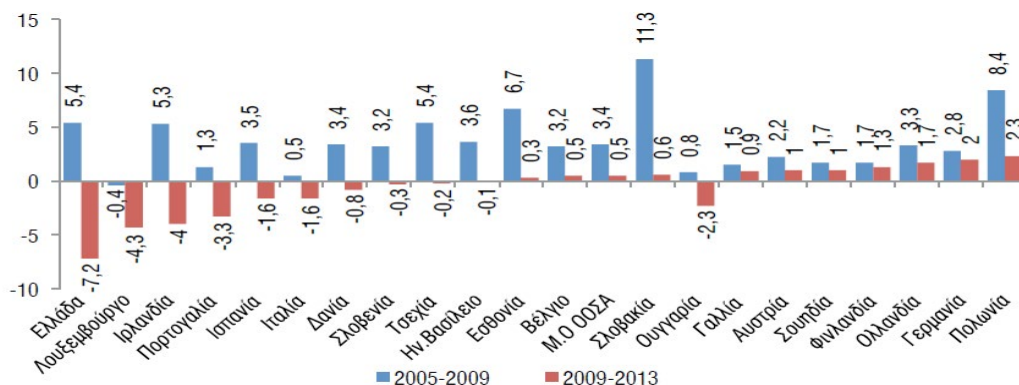
Πηγή: OECD, Health Data 2015, Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2013, (1) Εκτιμήσεις (2) Στοιχεία 2012

Η θέση αυτή της χώρας είναι αποτέλεσμα των μεταβολών της περιόδου 2009-2013, όπου η κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας στην Ελλάδα παρουσίασε μείωση κατά 7,2%, τη μεγαλύτερη μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ (Σχήμα 14)⁴.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

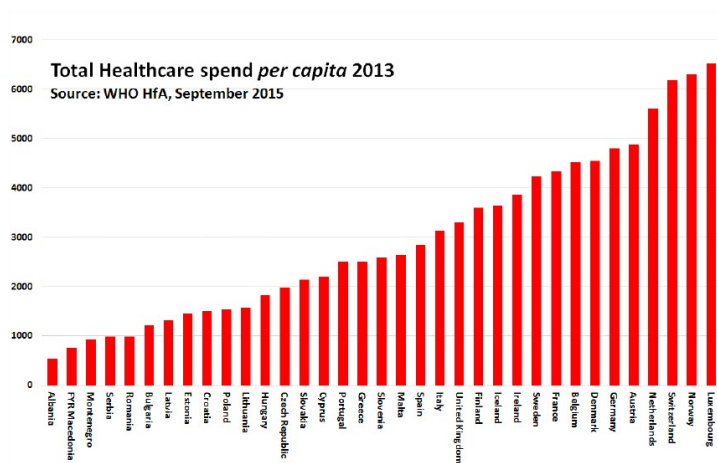
Σχήμα 14: Μέσος όρος ετήσιας μεταβολής κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ (2005-2013)



Πηγή: OECD, Health Statistics 2015

Σε ό,τι αφορά τις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας, σύμφωνα με το Euro Health Consumer Index, η Ελλάδα σε απόλυτους αριθμούς το 2013 κατείχε μία ενδιάμεση θέση (Σχήμα 15), όταν όμως οι δαπάνες αυτές προσαρμόζονται στις οικονομικές δυνατότητες κάθε χώρας, τότε η σειρά τροποποιείται σε σημαντικό βαθμό με την Ελλάδα να κατέχει την τελευταία θέση (Σχήμα 16)⁷.

Σχήμα 15: Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας το 2013 στις χώρες Ε.Ε./Ε.Ε.Α

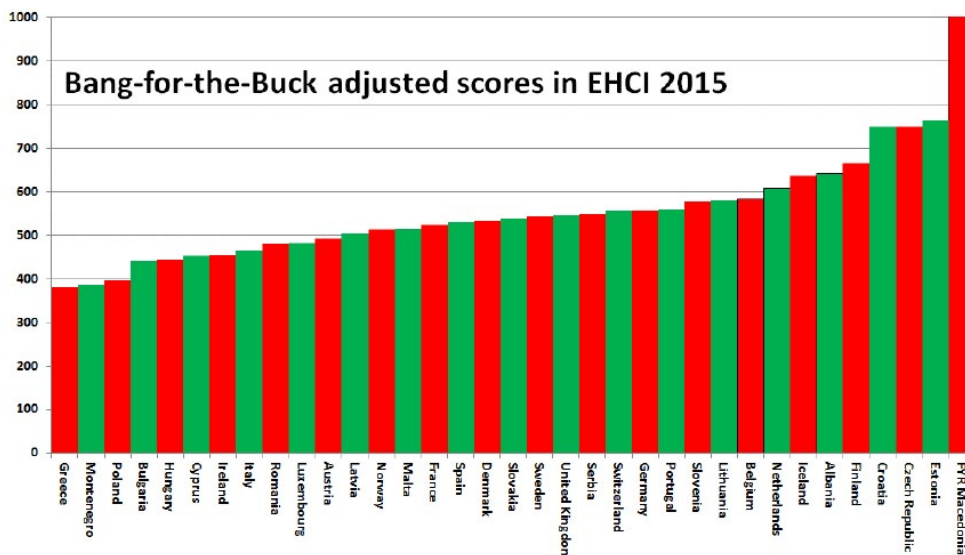


Πηγή: WHO 2015

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 16: Προσαρμοσμένες κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας το 2015 στις χώρες της Ε.Ε./Ε.Ε.Α



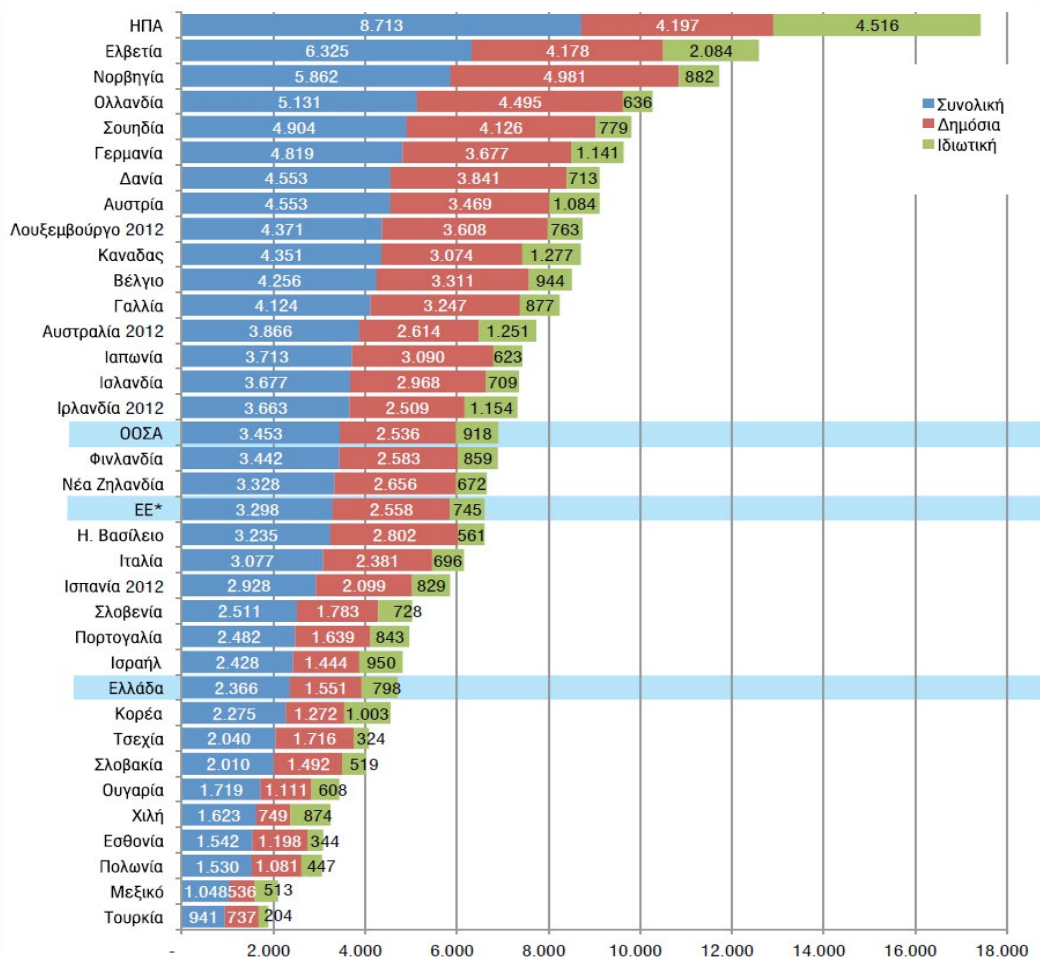
Πηγή: Euro Health Consumer Index, 2015

Σε όρους κοινής αγοραστικής δύναμης (Purchasing Power Parity, PPP), στην Ελλάδα τόσο η κατά κεφαλήν συνολική δαπάνη υγείας όσο και η κατά κεφαλήν δημόσια δαπάνη υγείας (Σχήμα 17), είναι χαμηλότερες σε σύγκριση με τον μέσο όρο της Ε.Ε. κατά 28% και 39,4% αντίστοιχα. Αντιθέτως, η κατά κεφαλήν ιδιωτική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα παρουσιάζεται ιδιαίτερα αυξημένη, καταλαμβάνοντας, μάλιστα, την 3η θέση ανάμεσα στις χώρες της Ε.Ε. και την 8η ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ (33,7% Ελλάδα, έναντι 22,6% Ε.Ε. & 26,6% ΟΟΣΑ)⁴.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 17: Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας, σε \$PPP (Purchasing Power Parity)
(2013)



Πηγή: OECD Health Statistics 2015*

*Η ΕΕ αναφέρεται στο μέσο όρο 21 χωρών της ΕΕ, λόγω μη διαθεσιμότητας στοιχείων για τις υπόλοιπες

5. Purchasing Power Parity: Ισομία αγοραστικής δύναμης

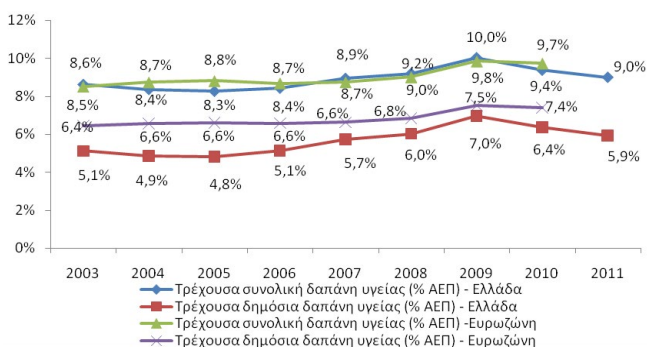
Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

ΣΤ1.5. Εξέλιξη της Δαπάνης Υγείας στην Ελλάδα σε Σύγκριση με την Ευρωζώνη (2003-2011)

Στο Σχήμα 18 επιχειρείται σύγκριση με τις εξελίξεις στην Ευρωζώνη στο διάστημα 2003-2011. Η συνολική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα υπολείπεται ελαφρώς αυτής της Ευρωζώνης μέχρι το 2006, ενώ στη συνέχεια κινείται αυξητικά για να την ξεπεράσει ελαφρώς το 2009. Ενδιαφέρον έχει η σαφής υπεροχή της δημόσιας δαπάνης υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ευρωζώνη σε σύγκριση με την Ελλάδα. Η υπεροχή αυτή ξεπερνά σε κάποια έτη τη μία ποσοστιαία μονάδα, μέχρι το 2009 όπου η ταχεία αύξηση των δημοσίων δαπανών στην Ελλάδα μειώνει τη διαφορά στη μισή μονάδα. Από το 2005 έως το 2009 στην Ελλάδα η δημόσια δαπάνη υγείας αυξάνεται κατά 2,2% του ΑΕΠ, ενώ η συνολική δαπάνη υγείας αυξάνεται κατά 1,7% του ΑΕΠ. Όπως φαίνεται στο Σχήμα 18, η δαπάνη υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ευρωζώνη παρέμεινε σχεδόν σταθερή μεταξύ 2003 και 2006. Στα χρόνια της ύφεσης 2007-2009 και ειδικά την περίοδο 2008-2009, το ποσοστό της δαπάνης υγείας στην Ευρωζώνη αυξάνει σημαντικά. Ο λόγος, όπως εξηγεί και πρόσφατη έκθεση του ΟΟΣΑ, αντανακλά την αντίδραση στην κρίση. Πράγματι, στις περισσότερες χώρες ο τομέας της υγείας χαρακτηρίζεται από αντικυκλική συμπεριφορά, με τις δαπάνες να αυξάνονται σε αντιστάθμισμα της ύφεσης⁵.

Σχήμα 18: Τρέχουσα Δαπάνη Υγείας και Τρέχουσα Δημόσια Δαπάνη Υγείας ως % ΑΕΠ, Ελλάδα, Ευρωζώνη (2003-2011)



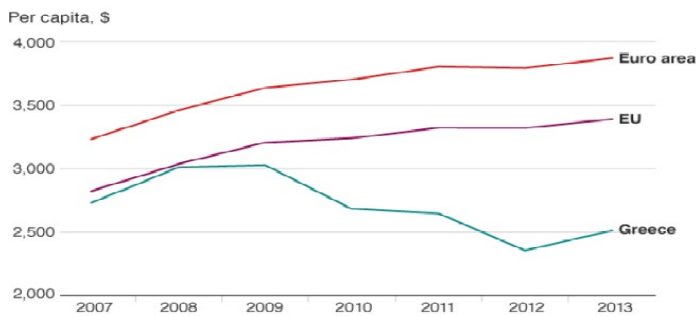
Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας Ελλάδος 2012 και Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2012

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σε σχέση με την Ε.Ε. και την Ευρωζώνη (Σχήμα 19), το κατά κεφαλήν ποσό που δαπανάται για υγεία είναι τουλάχιστον 1.000 δολάρια λιγότερα στην Ελλάδα από ότι στην Ευρωζώνη και περίπου 800 δολάρια λιγότερα από το σύνολο των κρατών της Ε.Ε.. Έως το 2008 η δαπάνη ανά κάτοικο κινούνταν στα ίδια επίπεδα με τη μέση δαπάνη στην Ε.Ε., αλλά σε αρκετά χαμηλότερα από τη μέση δαπάνη στην ευρωζώνη. Από το 2009 και έως το 2012, ενώ οι δαπάνες στην Ε.Ε. και την ευρωζώνη αυξάνονται, στην Ελλάδα σημειώνουν μείωση μεγαλύτερη των 500 δολάρια. Αύξηση των δαπανών υγείας ανά κάτοικο και μάλιστα μεγαλύτερη από τη μέση αύξηση στην Ε.Ε. και την Ευρωζώνη, παρουσιάζεται το 2013⁸.

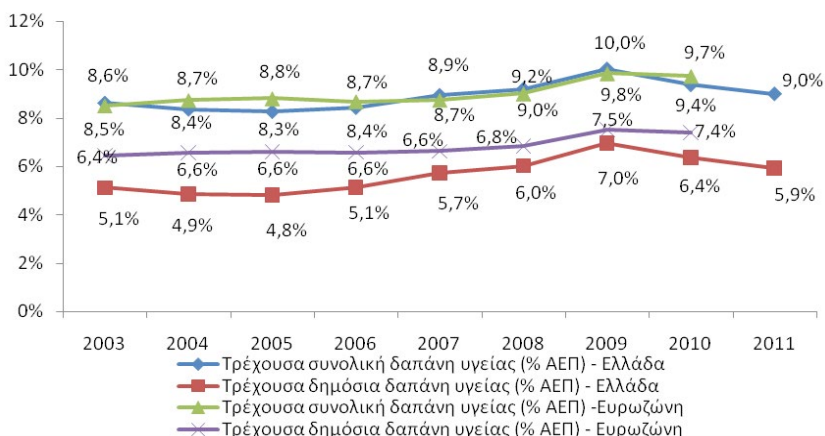
Σχήμα 19: Δαπάνες Υγείας ανά κάτοικο (σε δολάρια) στις Ελλάδα, Ε.Ε., Ευρωζώνη (2007-2013)



Πηγή: World Bank, 2014

Η σύγκριση της εξέλιξης των δαπανών υγείας, συνολικών και δημοσίων, στην Ελλάδα και στην ευρωζώνη, δείχνει ότι ως προς τις συνολικές δαπάνες η εξέλιξη είναι αντίστοιχη με τον μέσο όρο των χωρών της ευρωζώνη, ενώ οι δημόσιες δαπάνες κινούνται σε αισθητά χαμηλότερα επίπεδα (Σχήμα 20)^{9,10}.

Σχήμα 20: Εξέλιξη Συνολικών και Δημόσιων δαπανών για την Υγεία στην Ελλάδα και την Ευρωζώνη



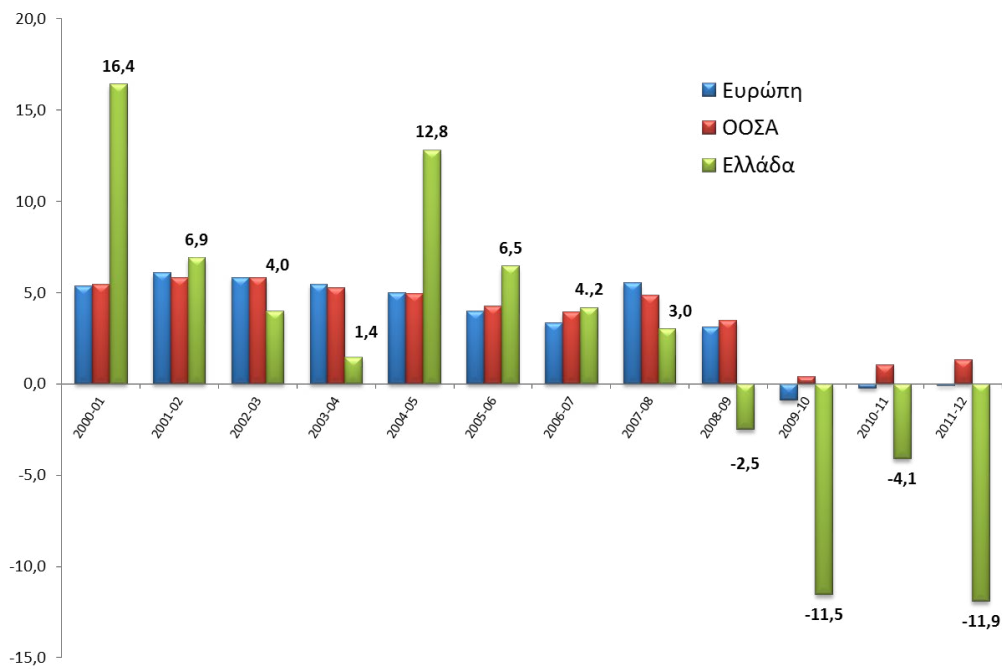
Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή- Εθνικοί Λογαριασμοί Υγείας, 2012

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Η μείωση του ετήσιου ρυθμού αύξησης της συνολικής δαπάνης υγείας στην Ελλάδα σε σύγκριση με Ευρώπη και ΟΟΣΑ την περίοδο 2000-2012 φαίνεται στο Σχήμα 21.

Σχήμα 21: Ετήσιος ρυθμός αύξησης της συνολικής δαπάνης υγείας, στην Ευρώπη, στις χώρες του ΟΟΣΑ και στην Ελλάδα (2000-2012)



Πηγή: OECD, 2015

Συνολικά, κατά την ανάλυση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα την περίοδο 2005-2014, εντοπίζονται δύο διακριτές, ως προς την τάση και τη διαχείριση, περιόδους:

α) Η πρώτη αφορά στο διάστημα μέχρι την έναρξη της κρίσης, όπου η χώρα επέδειξε μια αύξηση της δαπάνης υγείας με ρυθμό μεγαλύτερο αυτής του ΑΕΠ (αύξηση ΑΕΠ 2005-2009: 19,7%, αύξηση συνολικής δαπάνης υγείας: 45% και δημόσιας δαπάνης υγείας: 73%). Την περίοδο αυτή συσσωρεύτηκαν τεράστια ελλείμματα στους προϋπολογισμούς του Ε.Σ.Υ. αλλά και των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων, με αποτέλεσμα να απαιτηθούν ριζικές παρεμβάσεις για τη διασφάλιση της βιωσιμότητας του συστήματος, οι οποίες βέβαια επιχειρήθηκαν αφού η χώρα απευθύνθηκε στον Μηχανισμό Στήριξης. Είναι χαρακτηριστικό ότι σε όλες τις κατηγορίες φροντίδας υγείας παρατηρείται διπλασιασμός του σχετικού κόστους, αν και τα διαθέσιμα δεδομένα ελέγχονται σε μεγάλο βαθμό ως προς την αξιοπιστία τους λόγω του συστήματος καταγραφής, των πολλαπλών ασφαλιστικών σχημάτων και της υποβάθμισης της σημασίας των καταγραφών για μεγάλο χρονικό διάστημα¹¹. Χαρακτηριστική της διαχείρισης της περιόδου είναι η πορεία της φαρμακευτικής δαπάνης, η οποία την ως άνω περίοδο παρουσιάζει αύξηση, η οποία υπερβαίνει το 80%.

β) Η δεύτερη περίοδος 2010-2014 σηματοδοτείται από τις δεσμεύσεις της χώρας έναντι των δανειστών της, αλλά και τις παρεμβάσεις μεταρρυθμιστικού χαρακτήρα, οι οποίες συνέβαλαν καθοριστικά στη συγκράτηση των δαπανών υγείας. Οι κυριότερες εξ αυτών είναι η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, στον οποίο σταδιακά συγκεντρώθηκαν οι πόροι όλων των ασφαλιστικών οργανισμών για την υγεία, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση φαρμάκων και παραπομπή για παρακλινικές εξετάσεις και οι ρυθμίσεις τις παρεμβάσεις στην αγορά φαρμάκου, από τη ρύθμιση των τιμών μέχρι τη θέσπιση εκπτώσεων και κλειστών προϋπολογισμών. Ωστόσο, η συρρίκνωση της οικονομικής δραστηριότητας, η αύξηση της ανεργίας και η μείωση της κατανάλωσης, είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση των πόρων και των συνεπαγόμενων προϋπολογισμών για την υγεία κατά 60% περίπου. Μάλιστα, η προσαρμογή στους περιορισμένους προϋπολογισμούς παρουσιάζεται με την ίδια σχεδόν ένταση σε όλες τις κατηγορίες φροντίδας υγείας. Το 2013 (τελευταία χρονιά με επίσημα στοιχεία) η Συνολική Δαπάνη Υγείας (ΣΔΥ) αντιστοιχούσε στο 8,65% του ΑΕΠ από 9,8% το 2009. Το συνολικό ποσό ανέρχονταν σε 17,2 δις ευρώ, εκ των οποίων τα 12 δις ευρώ ήταν δημόσιες δαπάνες υγείας και τα 5,2 δις ευρώ ιδιωτικές. Οι μειώσεις στις δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας συνεχίστηκαν και στο διάστημα 2013-2015¹². Έτσι, σήμερα, το σύστημα υγείας υποχρηματοδοτείται, αφού η ΣΔΥ για το 2015 ήταν 15 δις ευρώ, η δημόσια δαπάνη υγείας 9,5 δις ευρώ και η ιδιωτική δαπάνη υγείας 5,5 δις ευρώ, με αποτέλεσμα η δημόσια δαπάνη για την υγεία να μην ξεπερνά το 5% του ΑΕΠ, αν και οι σχετικές δεσμεύσεις

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

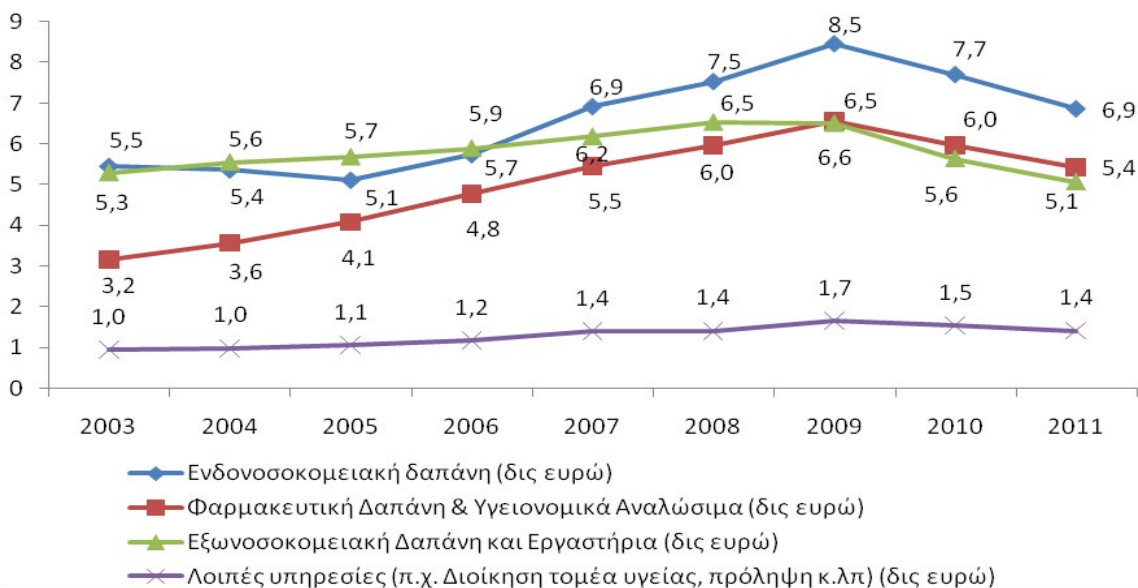
της χώρας ορίζουν το ποσοστό αυτό στο 6%. Η οικονομική αυτή πραγματικότητα έχει οδηγήσει το σύστημα υγείας της χώρας σε οριακά επίπεδα λειτουργίας, ενώ έχουν καταγραφεί και σημαντικά προβλήματα πρόσβασης των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας αλλά και επιβάρυνσης των ατομικών και οικογενειακών εισοδημάτων.

ΣΤ1.6. Εξέλιξη της Συνολικής Δαπάνης Υγείας στην Ελλάδα κατά Μείζονα Κατηγορία Υπηρεσιών Υγείας (€, % ΑΕΠ)

Στο Σχήμα 22 φαίνεται ότι οι κύριοι διαμορφωτές της δαπάνης υγείας είναι η νοσοκομειακή, η φαρμακευτική και η εξωνοσοκομειακή, με την πρώτη να υπερέχει σταθερά και με έντονα αυξητική τάση μέχρι το 2009. Μεταξύ του 2005 και του 2009, η διαφορά της ενδονοσοκομειακής δαπάνης από τη φαρμακευτική αυξήθηκε από 1 δις ευρώ σε περίπου 2 δις ευρώ, λόγω και της αύξησης ορισμένων ιατρικών αμοιβών και κάποιων λειτουργικών δαπανών στα δημόσια νοσοκομεία³.

Αντίθετα, η εξωνοσοκομειακή φροντίδα (στην οποία περιλαμβάνεται και η διαγνωστική – εργαστηριακή) δείχνει μεγαλύτερη υποχώρηση. Ενώ το 2005 υπερέχει σε σχέση με τη νοσοκομειακή κατά 600 εκ ευρώ, το 2009 υστερεί κατά 2 δις ευρώ. Στην κατηγορία αυτή εντάσσεται το μεγαλύτερο μέρος της δαπάνης που αναφέρεται στη δευτερογενή πρόληψη η οποία σχετίζεται με τη διενέργεια διαγνωστικών και προληπτικών εξετάσεων³.

Σχήμα 22: Η Τρέχουσα Δαπάνη Υγείας κατά μείζονα κατηγορία, σε δις ευρώ (2003-2011)

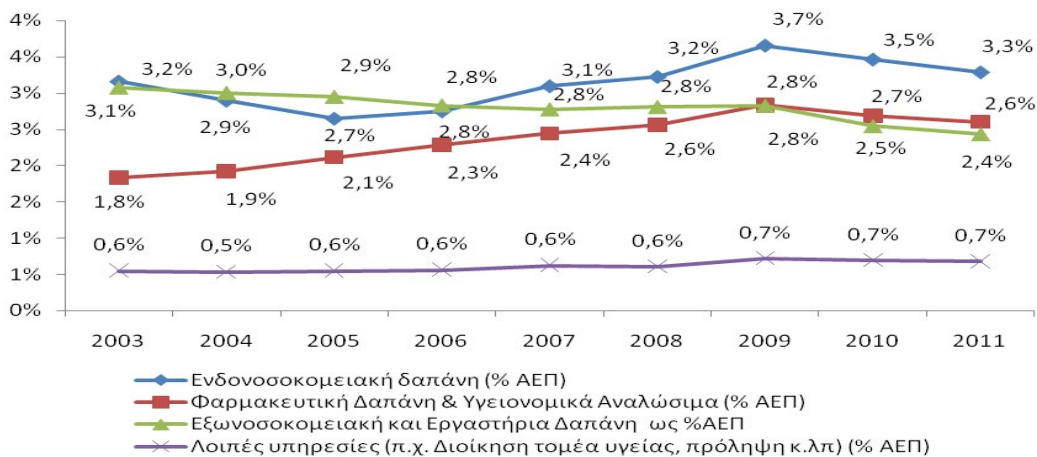


Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Λαμβάνοντας υπόψη τους φορείς χρηματοδότησης, καθώς και τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας (νοσοκομεία, φαρμακεία, διαγνωστικά κέντρα, κλπ) είναι φανερό η αύξηση της νοσοκομειακής δαπάνης από το 2005 έως και το 2009, ενώ η φαρμακευτική δαπάνη αυξάνει από το 2003 έως το 2009. Σε σχέση με το ΑΕΠ, η νοσοκομειακή δαπάνη από το 2005 έως και το 2009 σημειώνει αύξηση από 2% σε 3% του ΑΕΠ. Το ίδιο συνέβη και με τη φαρμακευτική δαπάνη, η οποία αυξάνεται από το 2003 έως το 2009 κατά 1% του ΑΕΠ περίπου. Αντίθετα, οι δαπάνες για εξωνοσοκομειακές και λοιπές υπηρεσίες παρέμειναν σταθερές σε σχέση με το ΑΕΠ, με την εξωνοσοκομειακή δαπάνη να μειώνεται σταθερά όλα αυτά τα έτη (Σχήμα 23)^{9,10}.

Σχήμα 23: Τρέχουσα Ενδονοσοκομειακή, Φαρμακευτική, Εξωνοσοκομειακή και Δαπάνη για Λοιπές Υπηρεσίες, % ΑΕΠ (2003-2011)



Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας Ελλάδος 2012 και Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2012, Σίσκου 2013

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σε ό,τι αφορά την περίοδο 2009-2013, αναλυτικά στοιχεία καταγράφονται στην έκθεση του IOBE (Νοέμβριος 2015). Οι δαπάνες υγείας, σύμφωνα με την νέα μεθοδολογία του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ 2011), επιμερίζονται σε:

Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατάστασης⁴

- HC.1 - Ενδονοσοκομειακή δημόσια και ιδιωτική και εξωνοσοκομειακή (π.χ. υπηρεσίες γιατρών, οδοντιάτρων)
- HC.2. - Υπηρεσίες Αποκατάστασης
- HC.3. - Υπηρεσίες Μακροχρόνιας Νοσηλευτικής Φροντίδας

Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας⁴

- HC.4 - Επικουρικές Υπηρεσίες Υγειονομικής Φροντίδας (π.χ. υπηρεσίες εργαστηρίων κλινικών και διαγνωστικής απεικόνισης, υπηρεσίες μεταφοράς ασθενών και επείγουσας διάσωσης)

Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς⁴

- HC.5. - Διάθεση ιατρικών προϊόντων σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς (π.χ. φάρμακα, γυαλιά οράσεως, ακουστικά βαρηκοΐας, ορθοπεδικές ζώνες κ.ά.)

Άλλα ιατρικά προϊόντα, Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ⁴

- HC.6 - Υπηρεσίες Πρόληψης και Δημόσιας Υγείας
- HC-7 - Διοίκηση του τομέα Υγείας και Ασφάλιση Υγείας
- HC-9 - Μη εξειδικευμένες υπηρεσίες κατ' είδος

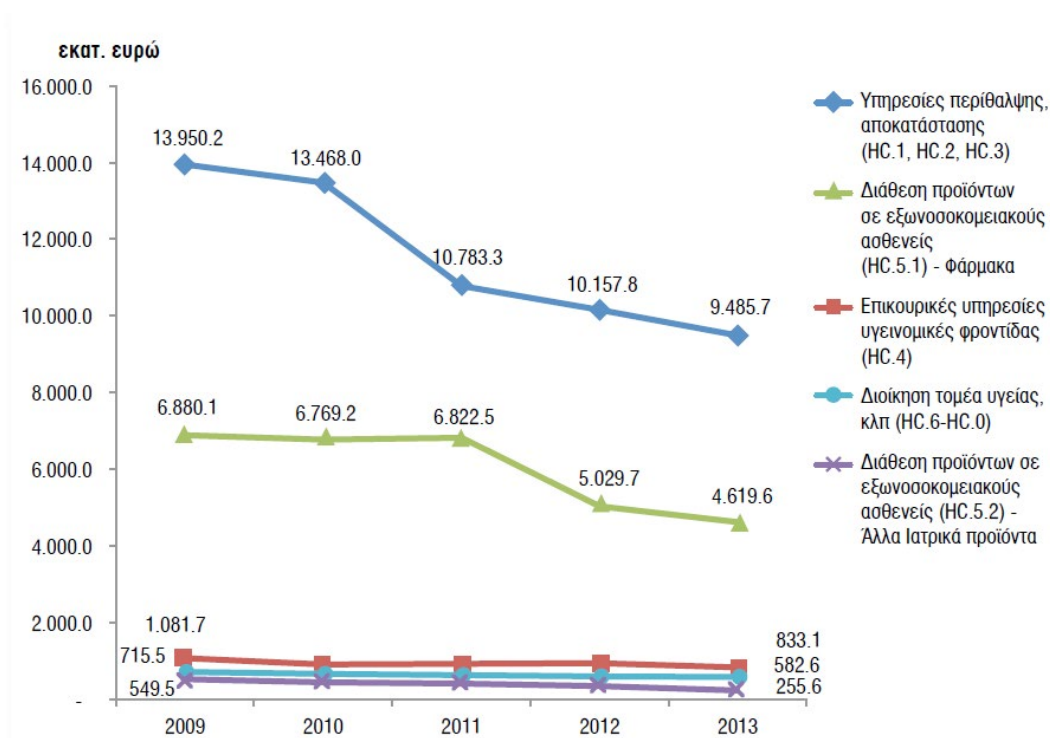
Σημειώνεται ότι στην μελέτη του IOBE, η κατηγορία «Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς (HC.5) διαχωρίζεται σε Φάρμακα (HC.5.1) και άλλα Ιατρικά προϊόντα (HC.5.2), για την αποτελεσματικότερη αποτύπωση της φαρμακευτικής δαπάνης⁴.

Το 2013, οι δαπάνες υπηρεσιών περίθαλψης και αποκατάστασης διαμορφώθηκαν στα 9,5 δις ευρώ, αποτελώντας το μεγαλύτερο τμήμα των δαπανών υγείας, ακολουθούμενη από τη φαρμακευτική δαπάνη με 4,6 δις ευρώ. Ακολουθούν οι δαπάνες για επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας, με 833 εκατ. ευρώ, οι δαπάνες διοίκησης (582,6 εκατ. ευρώ) (Σχήμα 24)⁴.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 24: Σύνθεση της Τρέχουσας Συνολικής Δαπάνης Υγείας κατά μείζονα κατηγορία (σε εκατ. ευρώ) (2009-2013)



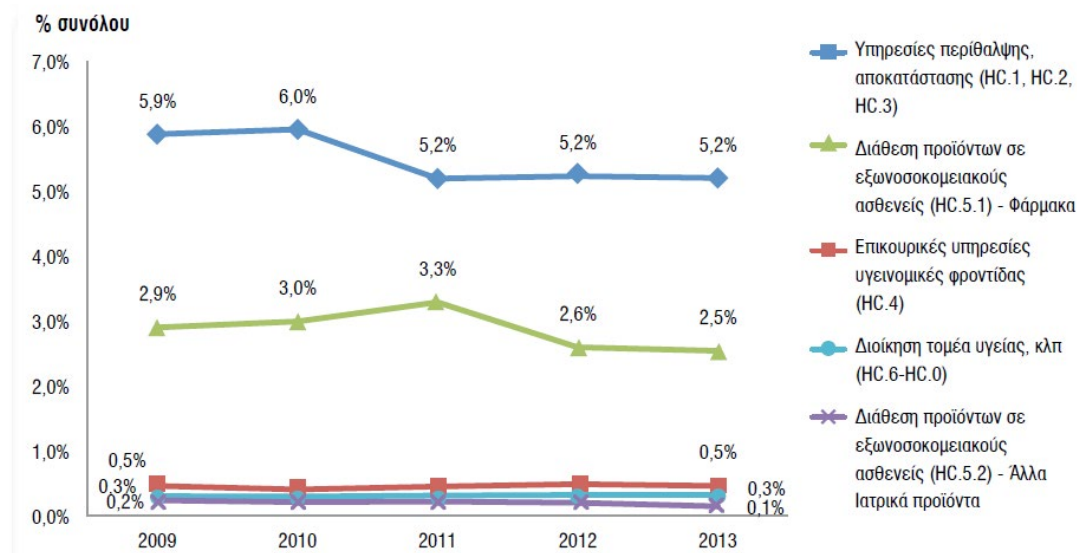
Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2013, ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2015, επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ
 Οι κατηγορίες ΗΡ παραπέμπουν στην ταξινόμηση των επιμέρους κατηγοριών με βάση τους ΣΛΥ

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Στο Σχήμα 25 αποτυπώνονται οι δαπάνες υγείας ανά κατηγορία εκφρασμένες ως ποσοστό του ΑΕΠ. Όπως φαίνεται στο Σχήμα οι δαπάνες υπηρεσιών περίθαλψης και αποκατάστασης αντιστοιχούν στο 5,2% του ΑΕΠ το 2013, σημειώνοντας μείωση σε σύγκριση με το 2009, ενώ η φαρμακευτική δαπάνη από 2,9% το 2009 μειώθηκε σε 2,5% το 2013⁴.

Σχήμα 25: Σύνθεση της Τρέχουσας Συνολικής Δαπάνης Υγείας κατά μείζονα κατηγορία (% ΑΕΠ) (2009-2013)



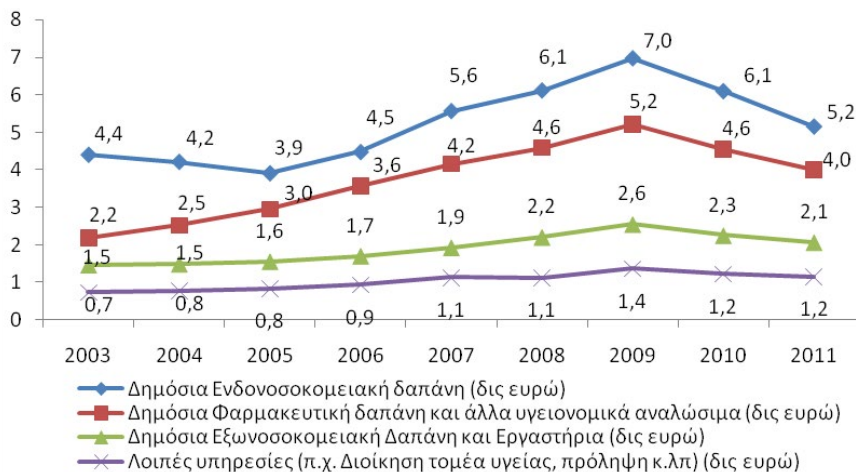
Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2013, ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2015, επεξεργασία στοιχείων IOBE

ΣΤ1.7. Εξέλιξη της Δημόσιας Δαπάνης Υγείας στην Ελλάδα Κατά Είδος Υπηρεσιών (€, % ΑΕΠ)

Στο Σχήμα 26 φαίνεται η ταχεία αύξηση της δημόσιας δαπάνης υγείας μεταξύ 2005 και 2009. Η δημόσια νοσοκομειακή δαπάνη αυξήθηκε κατά 79% από 3,9 δις ευρώ σε 7 δις ευρώ, σε μόλις τέσσερα χρόνια. Μεταξύ 2008 και 2009, αυξήθηκε η δημόσια ενδονοσοκομειακή δαπάνη κατά 900 εκατ. ευρώ³. Μερική εξήγηση μπορεί να δοθεί και από την αύξηση στις αποδοχές των Αναπληρωτών Διευθυντών Γιατρών στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, που προήχθησαν μαζικά στο βαθμό του Διευθυντή.

Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, αντίστοιχα, αυξήθηκε από 3,6 δις ευρώ το 2006 σε 5,2 δις ευρώ το 2009, δηλαδή κατά 44%, προσθέτοντας 400-600 εκατ. ευρώ ετησίως. Η πτώση και των δύο μεγεθών μετά το 2009 είναι εμφανής, ενώ προβληματίζει η πτώση της εξωνοσοκομειακής δαπάνης κατά 500 εκατ. ευρώ από το 2009 έως το 2011. Δεδομένου ότι μεγάλο μέρος της καλύπτει οδοντιατρικές και υπηρεσίες δευτεροβάθμιας πρόληψης, προκαλούνται ερωτήματα ως προς τις μακροχρόνιες συνέπειες στην υγεία του πληθυσμού³.

Σχήμα 26: Δημόσια Ενδονοσοκομειακή, Δημόσια Φαρμακευτική, Δημόσια Εξωνοσοκομειακή Δαπάνη και Δημόσια Δαπάνη για Λοιπές Υπηρεσίες σε δις ευρώ (2003-2011)



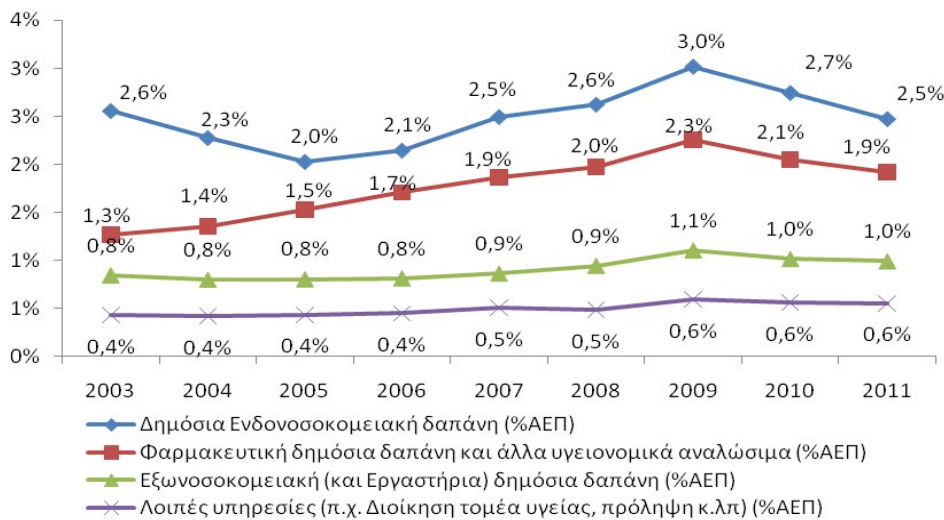
Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας Ελλάδος 2012 και Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2012

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Στο Σχήμα 27 παρουσιάζονται τα δεδομένα του Σχήματος 26 εκφρασμένα ως % του ΑΕΠ. Είναι εμφανής η σταθερά ανοδική πορεία της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης κατά 0,2% του ΑΕΠ κάθε έτος από το 2005 έως το 2009. Μετά το 2009 η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε κατά 0,2% του ΑΕΠ, ενώ εντονότερη ήταν η μείωση και της δημόσιας νοσοκομειακής κατά 0,5% του ΑΕΠ από το 2009 έως το 2011, ως αποτέλεσμα των δραστικών περικοπών που επιβλήθηκαν και στις δύο κατηγορίες δαπάνης³.

Σχήμα 27: Δημόσια Ενδονοσοκομειακή, Φαρμακευτική, Εξωνοσοκομειακή, και Δαπάνη για Λοιπές Υπηρεσίες ως % ΑΕΠ (2003-2011)



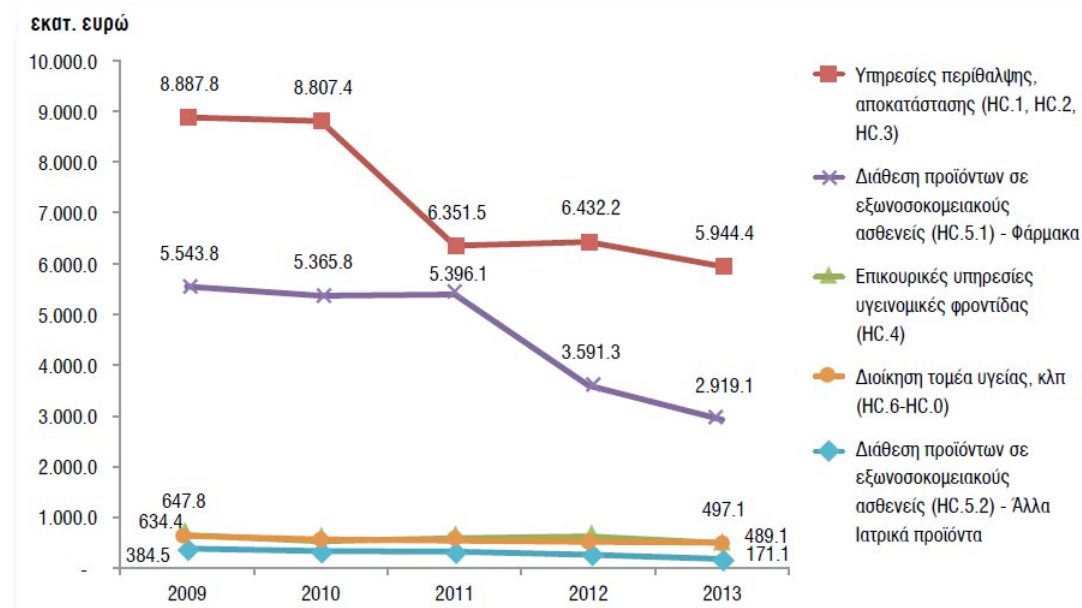
Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας Ελλάδος 2012 και Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2012

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Στο Σχήμα 28 αποτυπώνεται η μείωση στις δημόσιες δαπάνες υπηρεσιών περίθαλψης και αποκατάστασης από 8,9 δις ευρώ το 2009 σε 5,9 δις ευρώ και της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης από 5,5 δις ευρώ το 2009 σε 2,9 δις ευρώ το 2013⁴.

Σχήμα 28: Σύνθεση της Δημόσιας Δαπάνης Υγείας κατά μείζονα κατηγορία (σε εκατ. ευρώ) (2009-2013)



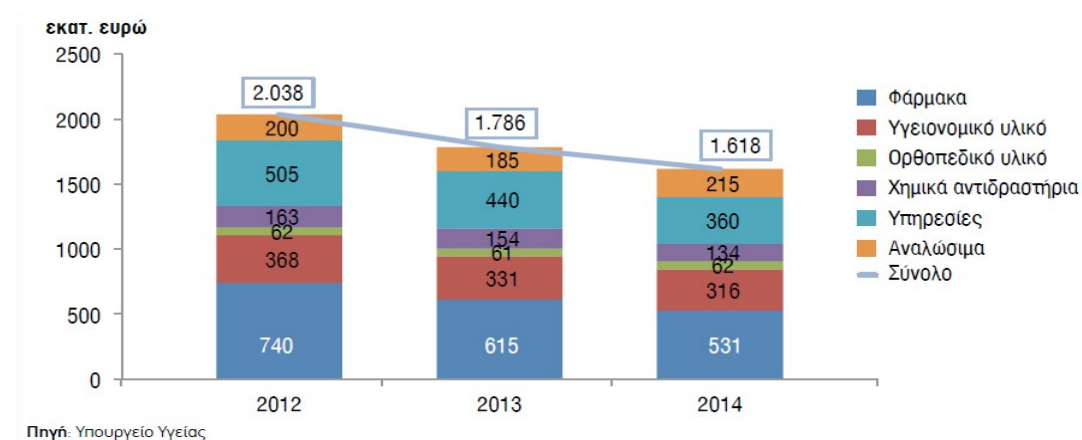
Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2013, ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2015, επεξεργασία στοιχείων IOBE

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Όσον αφορά τη νοσοκομειακή δαπάνη, την περίοδο 2012-2014, οι δαπάνες για τις υπηρεσίες και τα φάρμακα παρουσίασαν τη μεγαλύτερη μείωση (κατά 28%), ακολουθούμενη από τις δαπάνες για τα χημικά αντιδραστήρια (-18%) και τις δαπάνες για υγειονομικό υλικό (-14%) (Σχήμα 29)⁴.

Σχήμα 29: Ανάλυση Δαπανών Νοσοκομείων ΕΣΥ (σε εκατ. ευρώ) (2012-2014)



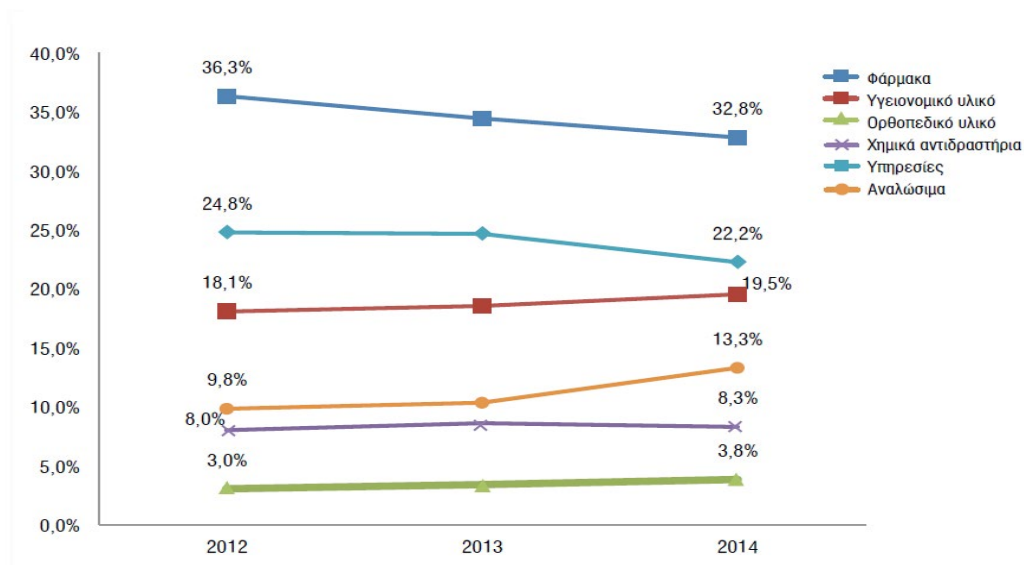
Πηγή: Υπουργείο Υγείας, 2015

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Κατά συνέπεια, τα φάρμακα πλέον αποτελούν το 32,8% (από 36,3% το 2012) του προϋπολογισμού της νοσοκομειακής δαπάνης, οι δαπάνες για υπηρεσίες το 22,2% (έναντι 24,8%), ενώ το υγειονομικό υλικό και τα αναλώσιμα παρουσιάζουν μια αύξηση (Σχήμα 30)⁴.

Σχήμα 30: Μεταβολή Δαπανών Νοσοκομείων ΕΣΥ στην προϋπολογισθείσα δαπάνη, 2012-2014



Πηγή: Υπουργείο Υγείας, επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ, 2015

Όσον αφορά στη δαπάνη για διαγνωστικές εξετάσεις, σύμφωνα με επίσημα στοιχεία του ΕΟΠΥΥ, αυτή ανήλθε το 2014 στα 602 εκατ. ευρώ, ενώ το α' εξάμηνο του 2015 μειώθηκε κατά 45,5 εκατ. ευρώ, ποσό που αντιστοιχεί σε μείωση κατά 14,53%. Για το σύνολο του 2015, υπολογιζόταν να ανέλθει στα 508 εκατ. ευρώ και με την εφαρμογή του κλιμακωτού rebate θα διαμορφωνόταν τελικά γύρω στα 390 εκατ. ευρώ. Όμως, το β' εξάμηνο του 2015 υπήρξε αύξηση της ζήτησης, κυρίως της προκλητής, με αποτέλεσμα η δαπάνη για τις διαγνωστικές εξετάσεις να κυμανθεί σύμφωνα με ανεπίσημες εκτιμήσεις ξανά γύρω στα 600 εκ ευρώ¹³.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

ΣΤ1.8. Δημόσιες Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα ανά Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠΕ)

Οι συνολικές δαπάνες των νοσοκομείων αποτελούν βασικό δείκτη επίτευξης των οικονομικών στόχων της κάθε νοσοκομειακής μονάδας. Σύμφωνα με το ESY.net, οι συνολικές δαπάνες των νοσοκομείων του ΕΣΥ προκύπτουν από το σύνολο των δαπανών για υπηρεσίες, όπως Δ.Ε.Κ.Ο, ασφάλεια, καθαριότητα, εστίαση και λοιπές δαπάνες, των δαπανών υλικών που χωρίζονται σε 4 μεγάλες κατηγορίες: φάρμακο, υγειονομικό υλικό, ορθοπεδικό υλικό, χημικά αντιδραστήρια καθώς και των δαπανών αναλώσιμων, όπως αέρια, καύσιμα και λοιπές δαπάνες.

Στον πίνακα 3 που ακολουθεί καταγράφεται το σύνολο των δαπανών για τα έτη 2009-2012 και στο Σχήμα 31, η αντίστοιχη καταγραφή για τα έτη 2012-2013.

Πίνακας 3: Συνολικές δαπάνες νοσοκομείων ανά υγειονομική περιφέρεια (ΥΠε) και ποσοστιαία μεταβολή (2009-2012)

ΥΠΕ	2009	2010	2011	2012	ΜΕΤΑΒΟΛΗ 2009-2012 (%)	ΜΕΤΑΒΟΛΗ 2010-2012 (%)	ΜΕΤΑΒΟΛΗ 2011-2012 (%)
1η	898.801.622	802.351.210	761.431.833	696.980.763	-22%	-13%	-8%
2η	369.778.208	415.565.155	418.124.475	382.419.022	3%	-8%	-9%
3η	267.150.984	256.079.380	265.955.011	230.151.333	-14%	-10%	-13%
4η	397.657.776	380.710.940	321.501.778	278.191.888	-30%	-27%	-13%
5η	237.365.987	202.463.235	176.593.206	159.096.705	-33%	-21%	-10%
6η	407.985.324	379.338.107	343.687.536	307.877.233	-25%	-19%	-10%
7η	172.627.907	178.400.316	162.849.704	146.914.870	-15%	-18%	-10%
ΣΥΝΟΛΟ	2.751.367.808	2.614.908.343	2.450.143.543	2.201.631.814	-20%	-16%	-10%

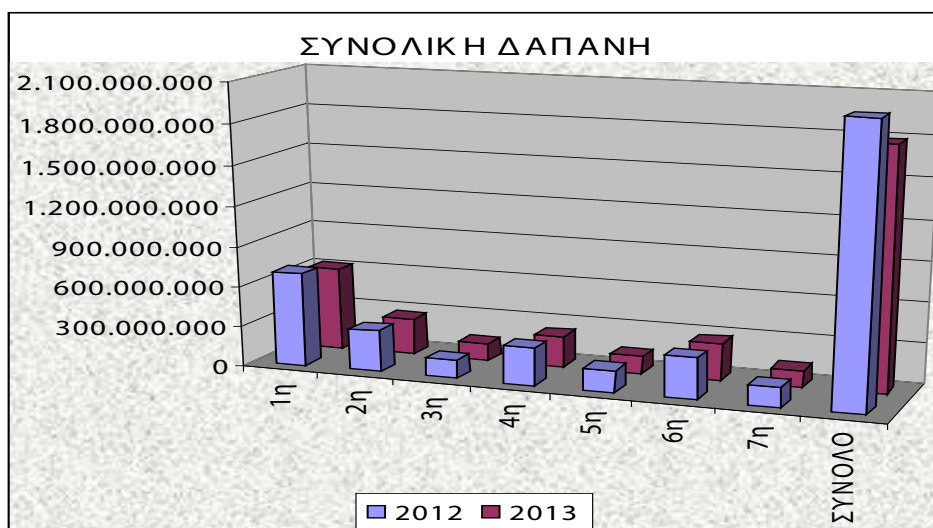
Πηγή: Γενική Γραμματεία ΥΥΚΑ – ESY.net, 2013

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Πραγματοποιώντας μια πρώτη σύγκριση μεταξύ των δαπανών κατά τα έτη 2009 έως 2012, παρατηρείται μια συνεχής μείωση των δαπανών στο σύνολο της χώρας, αλλά και σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια (Υ.Πε), ξεχωριστά. Συγκριτικά οι δαπάνες του 2012 με αυτές του 2009, μειώθηκαν κατά 550 εκατ. ευρώ, 400 εκατ. ευρώ, αντίστοιχα με τις δαπάνες του 2010 και 248 εκατ. ευρώ, από το σύνολο των δαπανών του 2011, με τη μεγαλύτερη μείωση να σημειώνεται στην 1η και 6η Υ.Πε μεταξύ των ετών 2011 και 2012. Όπως δείχνουν και τα ποσοστά της μεταβολής για έτη 2011-2012 παρατηρείται μείωση της τάξης του 10% για το σύνολο των νοσοκομείων της χώρας, με τη μεγαλύτερη μεταβολή να σημειώνεται στην 3η και 4η υγειονομική περιφέρεια με ποσοστό 13%. Τα λειτουργικά έξοδα των νοσοκομείων σημείωσαν μείωση και κατά το 2013, αφού οι συνολικές δαπάνες που καταγράφηκαν ήταν 1.786.096.908 ευρώ, όταν το 2012 ήταν 2.038.097.710 ευρώ (-12,36 %). Τη μεγαλύτερη μείωση φαίνεται να έχει η 4η υγειονομική περιφέρεια (-16,23 %) και ακολουθεί η 5η υγειονομική περιφέρεια (-15,78 %), ενώ συγκριτικά τη μικρότερη μείωση την έχει η 3η υγειονομική περιφέρεια (-9,20 %) (Σχήμα 31).

Σχήμα 31: Σύγκριση συνολικής δαπάνης ανά Υ.Πε και στην επικράτεια (έτη 2012-2013)



Πηγή: ΥΥΚΑ - Esynet, 2013

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Η δαπάνη προς τρίτους αφορά τους λογαριασμούς Μισθοδοσίας, Αμοιβών τρίτων, Επισκευών – συντηρήσεων κτιρίων και μηχανημάτων, Δ.Ε.Κ.Ο., Υπηρεσιών Ασφάλειας-Καθαριότητας-Εστίασης και Λοιπών δαπάνες 6ης ομάδας της Γενικής Λογιστικής. Όπως φαίνεται από τον πίνακα 4 που ακολουθεί, μειωμένη είναι τόσο η δαπάνη προς τρίτους και στις επτά (7) υγειονομικές περιφέρειες της χώρας, κατά τα έτη 2010 έως 2012, με μικρότερη μείωση στην 5η υγειονομική περιφέρεια και μεγαλύτερη στην 3η υγειονομική περιφέρεια και γενική μείωση σε όλους τους τομείς, με εξαίρεση τη δαπάνη για ΔΕΚΟ το 2012, στην οποία παρατηρείται αύξηση της δαπάνης (+12%) μεταξύ των ετών 2011-2012, αλλά και στις λοιπές δαπάνες της 6ης ομάδας.

Πίνακας 4: Δαπάνη προς τρίτους ανά Υ.Πε, (2010-2012)

Υ.ΠΕ	ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑ (60)				ΑΜΟΙΒΕΣ ΤΡΙΤΩΝ (61)				ΕΠΙΣΚΕΥΕΣ - ΣΥΝΤΗΡΗΣΕΙΣ (62.07)			
	2010	2011	2012	ΜΕΤΑΒΟΛΗ 2011-2012 (%)	2010	2011	2012	ΜΕΤΑΒΟΛΗ 2011-2012 (%)	2010	2011	2012	ΜΕΤΑΒΟΛΗ 2011-2012 (%)
1η	30.455.032	40.793.638	21.925.821	-46%	31.482.519	31.262.376	21.466.686	-31%	21.189.871	19.339.731	19.207.195	-1%
2η	251.557.911	68.728.881	92.156.450	34%	21.698.986	18.698.087	13.152.703	-30%	10.543.295	8.785.769	10.536.693	20%
3η	53.535.783	54.927.426	7.280.719	-87%	19.028.707	19.171.464	6.178.233	-68%	6.521.532	6.201.873	3.367.320	-46%
4η	10.869.783	13.707.027	10.982.011	-20%	20.947.730	20.982.361	15.058.897	-28%	7.529.879	6.772.574	4.990.258	-26%
5η	7.553.098	9.713.012	7.325.287	-25%	15.752.753	9.844.840	8.761.672	-11%	6.148.105	3.825.894	4.312.470	13%
6η	17.870.482	23.842.901	15.843.435	-34%	20.067.160	17.771.357	13.229.287	-26%	7.298.140	7.253.777	7.352.068	1%
7η	35.363.778	9.238.171	6.602.961	-29%	7.981.513	8.662.937	6.165.758	-29%	4.346.055	3.189.057	3.777.577	18%
ΣΥΝΟΛΟ	407.205.866	220.951.055	162.116.685	-27%	136.949.367	126.393.423	84.013.236	-34%	63.576.878	55.368.675	53.543.580	-3%
Υ.ΠΕ	Δ.Ε.Κ.Ο. (62.00-62.03)				ΑΣΦΑΛΕΙΑ (62.05)				ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ (64.98.03)			
	2010	2011	2012	ΜΕΤΑΒΟΛΗ 2011-2012 (%)	2010	2011	2012	ΜΕΤΑΒΟΛΗ 2011-2012 (%)	2010	2011	2012	ΜΕΤΑΒΟΛΗ 2011-2012 (%)
1η	26.912.146	27.420.167	29.836.110	9%	5.762.718	5.612.230	4.666.892	-17%	32.509.397	34.858.873	33.613.807	-4%
2η	19.235.541	17.773.083	20.074.736	13%	2.831.938	3.129.834	3.180.824	2%	26.499.562	20.346.014	18.952.613	-7%
3η	8.710.457	8.130.933	10.439.134	28%	279.063	302.135	227.487	-25%	4.764.910	4.733.368	6.277.435	33%
4η	12.639.126	12.218.120	13.927.805	14%	1.011.059	1.213.977	1.003.118	-17%	13.830.604	10.746.472	10.419.986	-3%
5η	5.714.924	8.020.414	8.993.035	12%	1.611.483	1.486.652	1.594.425	7%	6.806.952	6.201.840	6.228.197	0%
6η	12.183.182	11.391.020	11.311.076	-1%	2.503.750	2.603.244	2.653.943	2%	10.557.454	13.016.622	14.005.318	8%
7η	8.024.029	5.077.479	5.808.148	14%	659.750	397.298	335.010	-16%	5.935.700	6.607.591	5.862.551	-11%
ΣΥΝΟΛΟ	93.429.405	90.031.216	100.389.844	12%	14.659.760	14.745.370	13.661.699	-7%	100.904.578	96.510.781	95.359.906	-1%
Υ.ΠΕ	ΕΣΤΙΑΣΗ (64.98.19)				ΛΟΙΠΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ 6ΗΣ ΟΜΑΔΑΣ							
	2010	2011	2012	ΜΕΤΑΒΟΛΗ 2011-2012 (%)	2010	2011	2012	ΜΕΤΑΒΟΛΗ 2011-2012 (%)				
1η	7.026.387	8.840.957	7.010.394	-21%	17.122.554	10.017.244	32.334.185	223%				
2η	6.509.665	3.818.766	2.711.374	-29%	19.208.174	11.966.680	14.689.784	23%				
3η	1.509.133	1.573.361	1.972.346	25%	5.408.831	2.140.697	5.945.556	178%				
4η	2.738.419	461.684	406.796	-12%	5.053.199	3.163.771	4.598.598	45%				
5η	117.315	12.678	805.330	6252%	5.720.853	2.936.612	4.139.866	41%				
6η	1.858.594	1.760.713	1.581.902	-10%	6.583.851	5.974.650	9.729.310	63%				
7η	305.108	659.878	708.924	7%	2.382.633	1.359.633	3.301.268	143%				
ΣΥΝΟΛΟ	20.064.621	17.128.036	15.197.065	-11%	61.480.095	37.559.287	74.738.567	99%				

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σύμφωνα με τα οικονομικά στοιχεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ για το έτος 2013, οι δαπάνες – υποχρεώσεις υπηρεσιών ξεπέρασαν συνολικά τα 500 εκατ. ευρώ, με τα μεγαλύτερα ποσά να αφορούν τις Δ.Ε.Κ.Ο., την καθαριότητα, αλλά και τη μισθοδοσία προσωπικού (κυρίως τις αμοιβές επικουρικού προσωπικού). Ακολουθούν τα στοιχεία των δαπανών προς τρίτους για τα έτη 2012 και 2013, ανά υγειονομική περιφέρεια και στο σύνολο της χώρας, σύμφωνα με το ESY.net. Η στήλη «υπόλοιπα» περιλαμβάνει τις δαπάνες των νοσοκομείων για μισθοδοσία (λογ. 60), αμοιβές τρίτων (λογ. 61), επισκευές-συντηρήσεις (λογ. 62.07) και λοιπές δαπάνες 6ης ομάδας.

Ο Πίνακας 5 που ακολουθεί αφορά στη συνολική δαπάνη των τεσσάρων μεγάλων κατηγοριών ανά υγειονομική περιφέρεια, για τα έτη 2009 έως και 2012. Οι κατηγορίες αυτές αφορούν τη δαπάνη για φάρμακα, υγειονομικό υλικό, ορθοπεδικό υλικό και χημικά αντιδραστήρια. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία για τα έτη 2009 και 2010, αλλά και τα επίσημα στοιχεία του ESY.net για τα επόμενα δύο χρόνια (2011-2012), η δαπάνη για τις τέσσερις κατηγορίες βαίνει συνεχώς μειούμενη, με αξιοσημείωτο ρυθμό μείωσης, ιδιαίτερα για τα φάρμακα και το ορθοπεδικό υλικό. Το σύνολο της δαπάνης των κατηγοριών αυτών για το 2009 ήταν 2.554.477.928 ευρώ, για το 2010 2.085.829 ευρώ, για το 2011 1.610.081.956 ευρώ και για το 2012 1.395.062.959 ευρώ. Έτσι λοιπόν, από το 2009 μέχρι και το 2012 οι δαπάνες των 4 κατηγοριών μειώθηκαν πάνω από 1 δις ευρώ. Μεγαλύτερη μείωση είχε η δαπάνη του ορθοπεδικού υλικού που μειώθηκε κατά 24 % από το 2011 στο 2012 και εν συνεχεία το υγειονομικό υλικό με μείωση της τάξεως του 20 %. Μικρότερη μείωση εμφανίζει η δαπάνη για τα χημικά αντιδραστήρια. Όσον αφορά στα έτη 2012-2013 η συνολική δαπάνη για τις τέσσερις μεγάλες κατηγορίες ήταν για το 2012 1.395.062.959 ευρώ και για το 2013 1.230.523.131 ευρώ, μειωμένη δηλαδή κατά περίπου 165 εκατ. ευρώ [-11,79%].

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Πίνακας 5: Δαπάνη τεσσάρων κατηγοριών ανά ΥΠε (2009-2012)

Υ.ΠΕ	ΦΑΡΜΑΚΑ					ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ				
	2009	2010	2011	2012	ΜΕΤΑΒΟΛΗ 2011-2012 (%)	2009	2010	2011	2012	ΜΕΤΑΒΟΛΗ 2011-2012 (%)
1η	408.370.790	356.967.567	295.190.336	278.588.329	-6%	242.364.059	185.822.767	158.693.299	121.314.589	-24%
2η	162.599.786	144.356.000	112.407.947	105.201.324	-6%	101.648.759	114.350.461	86.257.479	79.967.379	-7%
3η	107.362.507	95.024.157	67.047.812	54.213.360	-19%	87.521.393	65.993.201	55.179.453	39.875.215	-28%
4η	199.798.711	177.183.596	132.564.846	112.618.228	-15%	107.943.031	88.575.967	64.495.512	48.576.194	-25%
5η	105.360.727	92.544.289	60.318.720	56.417.754	-6%	65.392.394	40.406.426	35.483.834	27.400.559	-23%
6η	181.312.951	152.540.128	106.717.099	99.827.797	-6%	124.653.127	94.746.885	72.337.575	58.130.520	-20%
7η	80.978.744	69.113.429	57.643.287	54.082.554	-6%	48.631.229	37.822.745	32.446.326	26.232.721	-19%
ΣΥΝΟΛΟ	1.245.784.217	1.087.729.166	831.890.047	760.949.346	-9%	778.163.993	627.718.452	504.893.478	401.497.176	-20%

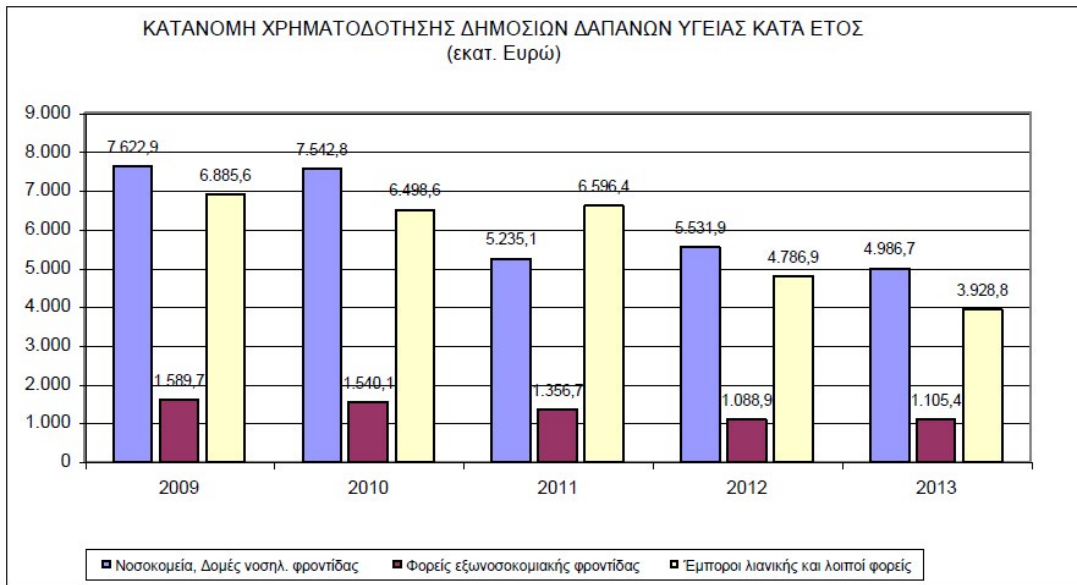
Υ.ΠΕ	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ ΥΛΙΚΟ					ΧΗΜΙΚΑ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΗΡΙΑ				
	2009	2010	2011	2012	ΜΕΤΑΒΟΛΗ 2011-2012 (%)	2009	2010	2011	2012	ΜΕΤΑΒΟΛΗ 2011-2012 (%)
1η	77.183.106	47.629.953	26.084.204	19.896.583	-24%	84.264.668	68.391.224	62.799.013	56.599.849	-10%
2η	39.160.128	24.289.768	12.890.891	10.426.973	-19%	38.005.523	34.219.222	28.948.522	25.617.610	-12%
3η	41.257.197	22.266.695	13.789.744	9.892.903	-28%	22.050.628	18.811.677	15.451.375	14.004.277	-9%
4η	19.308.971	8.846.612	6.316.996	5.024.497	-20%	37.147.158	33.366.771	23.241.160	21.123.325	-9%
5η	21.840.360	9.747.640	6.742.833	5.152.397	-24%	31.484.672	23.369.382	14.694.459	13.746.827	-6%
6η	46.598.360	24.408.236	15.301.197	11.448.082	-25%	36.623.129	31.235.816	27.520.783	24.499.795	-11%
7η	17.621.851	8.215.181	4.952.031	3.495.100	-29%	17.993.968	15.266.034	14.565.223	11.688.218	-20%
ΣΥΝΟΛΟ	262.969.973	145.404.086	86.077.896	65.336.535	-24%	267.569.746	224.660.125	187.220.534	167.279.902	-11%

Πηγή: Γενική Γραμματεία ΥΥΚΑ – ESY.net), 2013

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 32: Κατανομή δημόσιων δαπανών υγείας ανά κατηγορία και κατ' έτος (εκατ. ευρώ) (2009-2013)



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

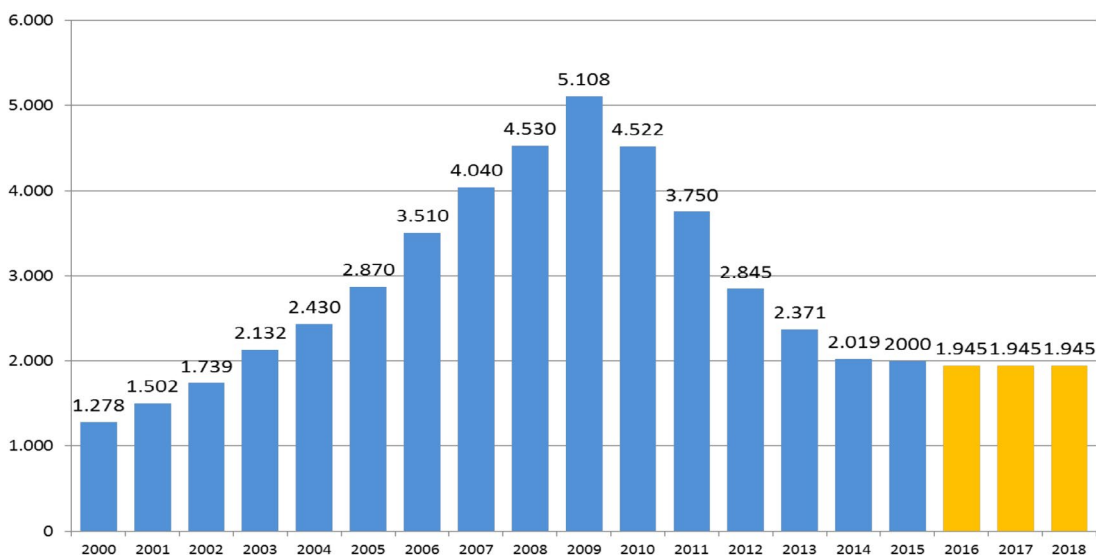
Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

ΣΤ1.9. Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη στην Ελλάδα

Ειδικότερα σε ό,τι αφορά τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, η εξέλιξή της καταγράφεται στο Σχήμα 33, όπου είναι εμφανής η ραγδαία αύξηση στο διάστημα 2000-2009 και η ραγδαία μείωση στο διάστημα 2009-2015 με πρόβλεψη για σταθεροποιητικές τάσεις την επόμενη τριετία.

Σχήμα 33: Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη, 2000-2018 (εκατ. ευρώ)



Πηγή: ΙΚΠΙ, 2015

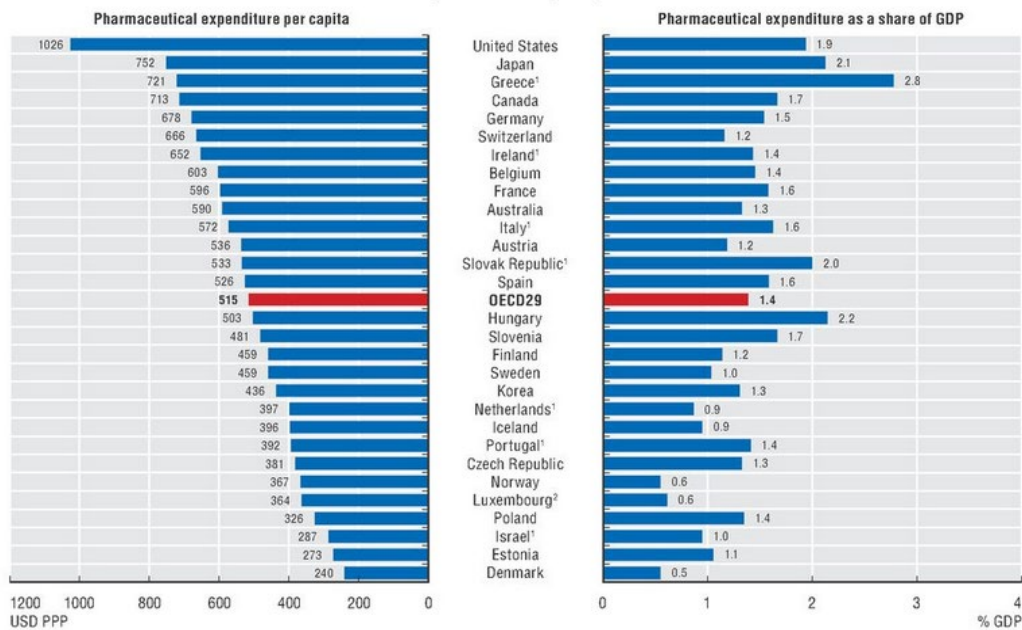
Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστεί ότι η κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα ως ποσοστό του ΑΕΠ το 2013, παραμένει υψηλή σε σύγκριση με τις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ, λόγω της μεγάλης μείωσης του ΑΕΠ (Σχήματα 34 και 35).

Σχήμα 34: Φαρμακευτική δαπάνη κατά κεφαλήν ως μέρος του ΑΕΠ

Figure 2.1. **Expenditure on retail pharmaceuticals per capita and as a share of GDP, 2013 (or nearest year)**



1. Includes medical non-durables.

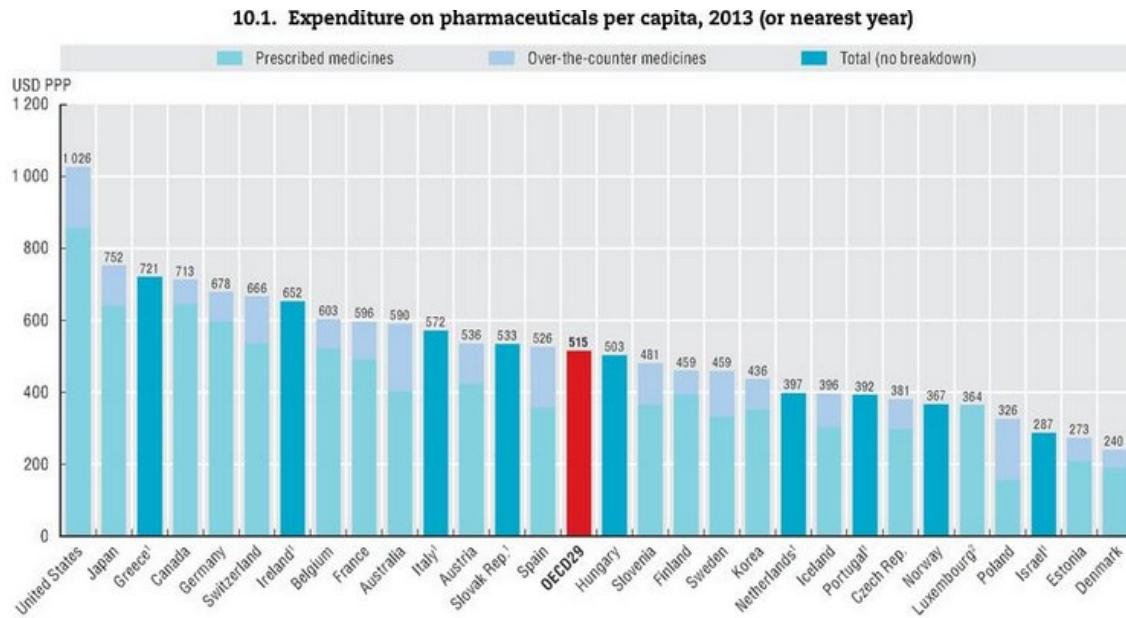
2. Excludes over-the-counter drugs (OTC).

Πηγή: OECD Health at a Glance 2015

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 35: Φαρμακευτική Δαπάνη κατά κεφαλήν



1. Includes medical non-durables (resulting in an over-estimation of around 5-10%).

2. Excludes spending on over-the-counter medicines.

Source: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Πηγή: OECD Health at a Glance 2015

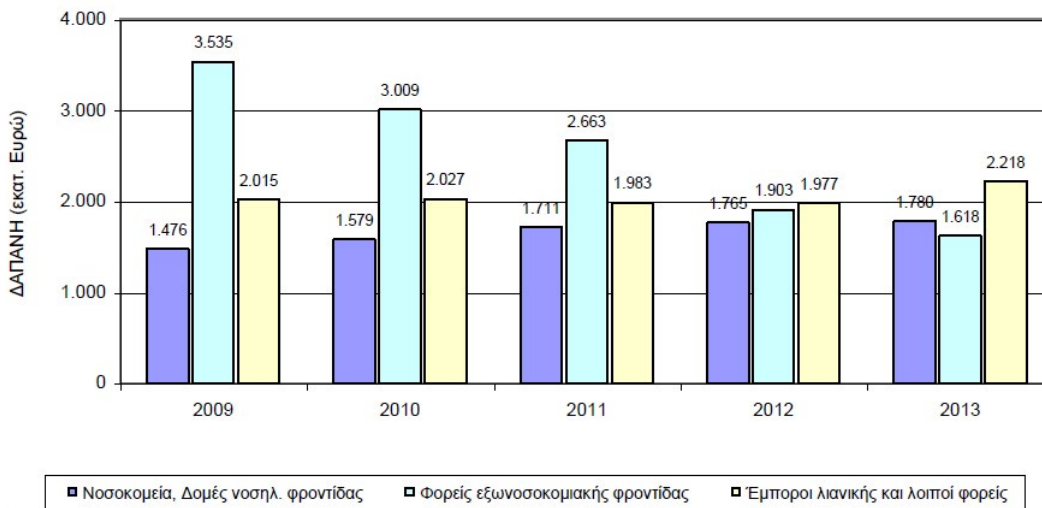
Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

ΣΤ1.10. Ιδιωτική Δαπάνη Υγείας στην Ελλάδα

Η κατανομή της χρηματοδότησης του ιδιωτικού τομέα για την περίοδο 2009-2013, σύμφωνα με τα πρόσφατα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, παρουσιάζει σημαντική μείωση για τους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας, ενώ αυξάνεται, όπως ήδη αναφέρθηκε, όσον αφορά τα νοσοκομεία (Σχήμα 36).

Σχήμα 36: Κατανομή χρηματοδότησης υγείας ιδιωτικού τομέα κατά έτος



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Οι δαπάνες υγείας αποτελούσαν το 2014 το 7,2% των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών έναντι 6,5% το 2009. Αν και ο μέσος όρος μηνιαίας δαπάνης ανά νοικοκυριό για την υγεία το 2014 παρουσίασε μείωση κατά 21% σε απόλυτα μεγέθη σε σχέση με το 2009 (105,8 ευρώ έναντι 134,4 ευρώ το 2009), το ποσοστό των δαπανών αυτών είναι υψηλότερο από το 2009, αντανακλώντας τη μειωμένη αγοραστική δύναμη των νοικοκυριών και την αυξημένη συμμετοχή των ασθενών στη δαπάνη του φαρμάκου (Σχήμα 37)⁴.

Σχήμα 37: Κατανομή δαπανών νοικοκυριών, Υγεία, 2008-2014



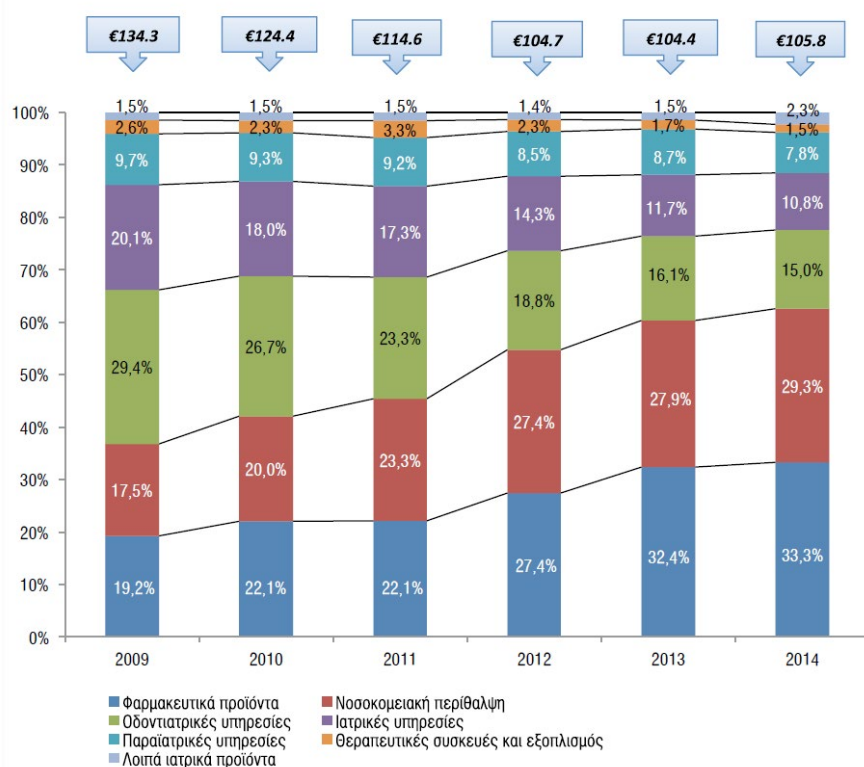
Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2015, επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Όπως φαίνεται και από το Σχήμα 38, κατά τη περίοδο της ύφεσης το βάρος των δαπανών των νοικοκυριών στις δαπάνες υγείας μετατοπίστηκε, κυρίως για τη κάλυψη της φαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης. Συγκεκριμένα, από τα 105,8 ευρώ της μηνιαίας δαπάνης υγείας ανά νοικοκυριό το 33,3% αφορά φαρμακευτική περίθαλψη και το 29,3% κάλυψη νοσοκομειακών αναγκών, έναντι οδοντιατρικών (15%) ή άλλων ιατρικών υπηρεσιών (10,8%) που κατείχαν μεγαλύτερο μερίδιο το 2009⁴.

Σχήμα 38: Κατανομή δαπανών υγείας των νοικοκυριών, 2008-2014



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2015, επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Η έρευνα Hellas Health IV που πραγματοποίησε το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής το 2011, διαπίστωσε ότι το 65% του πληθυσμού ανέφερε ότι έχει πληρώσει κάποιο χρηματικό ποσό από το εισόδημα του για να λάβει υπηρεσίες υγείας. Το ποσοστό αυτό είναι παρόμοιο ανεξάρτητα από φύλο, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση ενώ διαφέρουν τα ποσοστά για τις επαγγελματικές και ηλικιακές ομάδες που δεν είναι ενεργοί επαγγελματίες (φοιτητές και συνταξιούχοι), καθώς αυτοί είναι περισσότεροι απρόθυμοι να πληρώσουν. Το ποσό που συνήθως πληρώνουν για επίσκεψη σε ιατρό είναι έως 100 ευρώ, ενώ μόλις το 7% δήλωσε ότι δεν πλήρωσε τίποτα. Αντίθετα, για οδοντίατρους το 43% δήλωσε ότι δεν πλήρωσε κάποιο ποσό, ενώ το 25% πλήρωσε έως 100 ευρώ. Αντίστοιχα για τις διαγνωστικές εξετάσεις το 27% δηλώνει ότι δεν πληρώνει κάποιο ποσό, ενώ το 28% ότι πληρώνει έως 50 ευρώ¹⁴.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της Hellas Health VI (Μάιος 2015), οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας ήταν και κατά το παρελθόν ιδιαίτερα υψηλές, επιβαρύνοντας σημαντικά το ατομικό και οικογενειακό εισόδημα. Στην ως άνω έρευνα το ποσοστό όσων κατέβαλαν χρήματα από το ατομικό - οικογενειακό τους εισόδημα για υπηρεσίες υγείας εμφανίζεται αυξημένο σε σχέση με το παρελθόν. Το ποσοστό αυτό είναι ιδιαίτερα αυξημένο στις νοικοκυρές, στους άνεργους, στους μισθωτούς και στους ελεύθερους επαγγελματίες, ενώ δεν παρουσιάζει σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις τέσσερις κοινωνικό-οικονομικές κατηγορίες. Το υψηλότερο ποσό που καταβάλλεται ετησίως αφορά σε επισκέψεις σε ιατρούς (170 ευρώ), γεγονός το οποίο αποδίδεται στην αδυναμία του δημόσιου συστήματος να ικανοποιήσει τη ζήτηση, απόρροια και της ραγδαίας μείωσης των ιατρών του ΠΕΔΥ. Είναι ενδεικτικό ότι το 48% όσων έχουν επισκεφθεί τις ως άνω υπηρεσίες δηλώνουν ότι οι υπηρεσίες τους (ήτοι οι δομές εξωνοσοκομειακής περίθαλψης των ασφαλιστικών ταμείων) χειρότερες σε σχέση με την προ ΕΟΠΥΥ περίοδο¹⁵.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι μόνο το 7% των ερωτώμενων δεν πληρώνει για ιατρικές επισκέψεις, καθώς και το γεγονός ότι περίπου ένας στους δέκα πληρώνει πάνω από 500 ευρώ, ετησίως, σε επισκέψεις σε ιατρούς. Το ποσό άνω των 500 ευρώ πληρώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό τα επίπεδα «μεσαίο προς ανώτερο» και «κατώτερο». Το δε «κατώτερο» επίπεδο παρουσιάζει υψηλό ποσοστό πληρωμών σε όλες σχεδόν τις κατηγορίες, γεγονός που υπογραμμίζει την αναλογικά μεγαλύτερη επιβάρυνση των χαμηλότερων κοινωνικό-οικονομικών στρωμάτων. Οι διαπιστώσεις αυτές αναδεικνύουν το μείζον πρόβλημα των υψηλών ιδιωτικών δαπανών υγείας σε μία περίοδο όπου το οικογενειακό εισόδημα έχει μειωθεί περισσότερο από 35%, σύμφωνα με όσα είχε καταγράψει το 2012 η μελέτη για τη φτώχεια των Γιαννίτση και Ζωγραφάκη¹⁶.

Σε ό,τι αφορά τις δαπάνες υγείας σε σχέση με το εισόδημα, η μέση

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

ετήσια δαπάνη για επισκέψεις σε γιατρούς, οδοντιάτρους και εξετάσεις δεν παρουσιάζει σημαντικές διαφορές. Η χαμηλότερη εισοδηματική κατηγορία, η οποία βρίσκεται κάτω από το όριο της φτώχειας, καταβάλλει το σχετικά μικρότερο ποσό (215 ευρώ) σε σύγκριση με την υψηλότερη (320 ευρώ). Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στο ότι και η εισοδηματική κατηγορία των 801-1200 ευρώ μηνιαίως παρουσιάζει υψηλές δαπάνες (320 ευρώ).

Μεγάλες διαφορές παρουσιάζουν οι δαπάνες για ιατρικές ανάγκες ως ποσοστό του μέσου ετήσιου εισοδήματος, με το ποσοστό στη χαμηλότερη εισοδηματική κατηγορία (3,6%), η οποία βρίσκεται κάτω από το όριο της φτώχειας, να είναι πενταπλάσιο του ποσοστού της υψηλότερης (0,7%). Για όσους το ενδιάμεσο εισόδημα είναι κάτω από το όριο της φτώχειας, το ποσοστό αυτό σχεδόν διπλασιάζεται (περίπου 6%).

Σχεδόν οι μισοί ερωτώμενοι απ' όλες τις εισοδηματικές κατηγορίες ξοδεύουν 10-50 ευρώ το μήνα για συνταγογραφούμενα φάρμακα, ενώ περισσότεροι από ένας στους δέκα ξοδεύουν από 50-100 ευρώ το μήνα. Η χαμηλότερη εισοδηματική κατηγορία, που είναι κάτω από το όριο της φτώχειας (7.756 ευρώ το 2012), ξοδεύει σημαντικά ποσά του περιορισμένου εισοδήματός της, με ένα 7,5% περίπου της κατηγορίας αυτής να ξοδεύει περισσότερα από 100 ευρώ μηνιαίως.

Οι δαπάνες για φάρμακο ως ποσοστό του εισοδήματος αναδεικνύουν μία μεγαλύτερη ποσοστιαία επιβάρυνση για το χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα, με όσους είναι κάτω από το όριο της φτώχειας να πληρώνουν το 10-30% του εισοδήματός τους σε ποσοστό 34,8% και άνω του 30% του εισοδήματός τους σε ποσοστό 12,8%.

ΣΤ1.11. Συμπεράσματα

- Πριν την οικονομική κρίση οι δαπάνες υγείας αυξάνονταν με ρυθμό μεγαλύτερο του ΑΕΠ.
- Οι συνολικές δαπάνες υγείας την περίοδο της οικονομικής κρίσης ακολούθησαν την πτωτική τάση του ΑΕΠ. Στο διάστημα 2009-2011 το ΑΕΠ μειώθηκε κατά 9,8% και η συνολική δαπάνη υγείας κατά 18,9%, ενώ στην περίοδο 2010-2014 ο προϋπολογισμός για την υγεία μειώθηκε κατά 60% περίπου.
- Το 2012 η μείωση των δαπανών υγείας ήταν πάνω από 2 δις. ευρώ (1% του ΑΕΠ), ενώ το 2013 οι δαπάνες υγείας απορρόφησαν το 8,65% του ΑΕΠ, ποσοστό χαμηλότερο από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (9,8%). Το ίδιο έτος η δημόσια δαπάνη υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ προσέγγισε το 5,5%, έναντι 7,8% στην Ε.Ε. και 8% στην Ευρωζώνη.
- Σε ό,τι αφορά τις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας (σε απόλυτους αριθμούς), η Ελλάδα το 2013 κατείχε μία ενδιάμεση θέση, όταν όμως οι δαπάνες αυτές προσαρμόζονται στις οικονομικές δυνατότητες

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

κάθε χώρας, τότε η σειρά τροποποιείται σε σημαντικό βαθμό με την Ελλάδα να κατέχει την τελευταία θέση. Έτσι, σήμερα, το σύστημα υγείας υποχρηματοδοτείται, αφού η Συνολική Δαπάνη Υγείας για το 2015 ήταν 15 δις ευρώ, η δημόσια δαπάνη υγείας 9,5 δις ευρώ και η ιδιωτική δαπάνη υγείας 5,5 δις ευρώ, με αποτέλεσμα η δημόσια δαπάνη για την υγεία να μην ξεπερνά το 5% του ΑΕΠ, ποσοστό που υπολείπεται σημαντικά από το αντίστοιχο άλλων αναπτυγμένων χωρών.

- Την περίοδο 2005-2009 συσσωρεύτηκαν τεράστια ελλείμματα στους προϋπολογισμούς του ΕΣΥ και των Ταμείων Υγείας.
- Οι δαπάνες για τις τρεις βασικές κατηγορίες φροντίδων υγείας (νοσοκομειακή, φαρμακευτική, εξωνοσοκομειακή) παρουσιάζουν αύξηση μέχρι το 2008-9 και στη συνέχεια πτώση. Τη μεγαλύτερη αύξηση προ κρίσης παρουσιάζει η ενδονοσοκομειακή δαπάνη.
- Στη διάρκεια της οικονομικής κρίσης υπήρξε σημαντική μείωση της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης, κυρίως της δημόσιας, η οποία από 5,3 δις ευρώ το 2008, δεν ξεπέρασε τα 2,2 δις ευρώ το 2014, με αποτέλεσμα η κατά κεφαλή δημόσια φαρμακευτική δαπάνη να είναι από το 2011 και μετά χαμηλότερη από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- Το 2011, το 65% του πληθυσμού αναφέρει ότι κατέβαλε ιδιωτικές δαπάνες για περίθαλψη, ενώ το 2015 το ποσοστό αυτό έχει αυξηθεί σημαντικά (93%). Το ποσοστό της ιδιωτικής δαπάνης εξακολουθεί να είναι ένα από τα υψηλότερα στον ΟΟΣΑ. Οι δαπάνες υγείας αποτελούσαν το 2014 το 7,2% των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών έναντι 6,5% το 2009.
- Το μεγαλύτερο ποσό καταβάλλεται για επισκέψεις σε γιατρούς.
- Το ποσοστό του ετήσιου οικογενειακού εισοδήματος για δαπάνες υγείας είναι πενταπλάσιο στη χαμηλότερη εισοδηματική κατηγορία σε σύγκριση με την υψηλότερη.

* * *

Βιβλιογραφία

1. Ελληνική Στατιστική Αρχή, Σύστημα Λογαριασμών Υγείας, 2013. Available at: <http://www.statistics.gr/statistics/-/publication/SHE35/> . Accessed: 15 Jan 2015.
2. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Δελτίο Τύπου: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2013 & αναθεώρηση των στοιχείων ΣΛΥ ετών 2009-2012. Αθήνα: Ελληνική Δημοκρατία, Ελληνική Στατιστική Αρχή; 2015.
3. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Δαπάνες Υγείας - Σύστημα Λογαριασμών Υγείας Ελλάδος, 2012. Available from: http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A2103/PressReleases/A2103_SHE35_DT_AN_00_2012_01_F_GR.pdf [accessed 2015 June 22].
4. Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, Η

- φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα 2014. Γεγονότα και Στοιχεία. Παρατηρητήριο Οικονομικών Υγείας, IOBE. Νοέμβριος 2015.
5. World Bank, Database 2013 (Accessed: <http://databank.worldbank.org/data>)
 6. OECD (2015), Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Available from: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en
 7. Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index (ECHI), 2015. Report. (2016-01-26). Available from: <http://www.healthpowerhouse.com/index.php?Itemid=55>
 8. World Bank. Health expenditure per capita (current US\$). Available from: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP/countries>. [Accessed 2015 June 30].
 9. Σίσκου Όλγα, Λιαρόπουλος Λυκ. Το σύστημα Λογαριασμών Υγείας – ΣΛΥ και η εφαρμογή του στην Ελλάδα για τα έτη 2003-2011, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, 2013.
 10. Ελληνική Στατιστική Αρχή- Εθνικοί Λογαριασμοί Υγείας, 2012.
 11. Σουλιώτης Κ. Η δημόσια ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση; 2013.
 12. Ελληνική Στατιστική Αρχή [Internet]. Available from: www.statistics.gr
 13. Αγγουρίδη Β., «Πισωγύρισμα» στις δαπάνες για τα διαγνωστικά; *Virus.com.gr*, 2016, 14 Ιαν.
 14. ΙΚΠΙ. Hellas Health IV. Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών; 2011.
 15. ΙΚΠΙ. Hellas Health VI. Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών; 2015.
 16. Giannitsis T, Zografakis S. Greece: Solidarity and adjustment in times of crisis. *IMK Studies*, Nr. 38. Düsseldorf: Macroeconomic Policy Institute of the Hans-Boeckler-Foundation; 2015. Available from: http://www.boeckler.de/imk_5274.htm?produkt=HBS-006063&chunk=1&jahr=2015

ΣΤ2. Ιατρονοσηλευτική Κάλυψη

ΣΤ2.1. Εισαγωγή

Ο όρος «ιατρονοσηλευτική κάλυψη» αναφέρεται στο μέρος του πληθυσμού μιας χώρας που έχει τη δυνατότητα πρόσβασης σε συγκεκριμένα ιατρικά αγαθά και υπηρεσίες που παρέχονται μέσω δημοσίων προγραμμάτων και ιδιωτικών φορέων υγείας¹. Ειδικότερα, η δημόσια κάλυψη υγείας περιλαμβάνει αφ' ενός κυβερνητικά προγράμματα, γενικώς χρηματοδοτούμενα από τη φορολογία, αφ' ετέρου δημόσιες ασφάλειες υγείας, γενικώς χρηματοδοτούμενες από τη φορολογία μισθωτών υπηρεσιών.

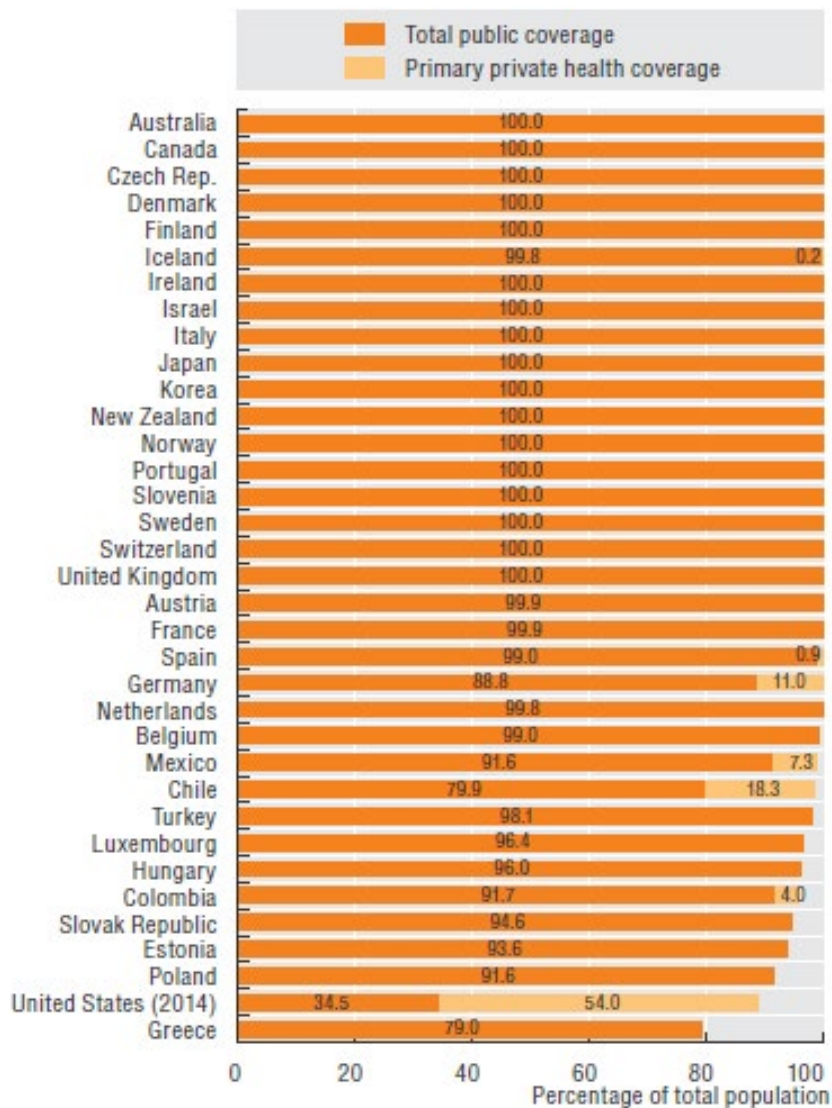
Σύμφωνα με τα πλέον πρόσφατα δεδομένα του ΟΟΣΑ², η Ελλάδα είναι δεύτερη μετά τη Βουλγαρία χώρα με τα χαμηλότερα ποσοστά (μόνον 79%) ασφαλιστικής κάλυψης υγείας του πληθυσμού (Σχήμα 1).

Η οικονομική κρίση που εκδηλώθηκε στη χώρα μας μετά το 2008 ελάττωσε σημαντικά τα ποσοστά υγειονομικής ασφάλισης του πληθυσμού, καθώς ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού έμεινε μακροπρόθεσμα άνεργο ή επέλεξε να μην συνεχίσει το αυτοχρηματοδοτούμενο ασφαλιστικό πρόγραμμα υγείας του (δημόσιο ή ιδιωτικό) λόγω οικονομικής δυσπραγίας³.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 1: Υγειονομική ασφαλιστική κάλυψη (2013)



Πηγή: ΟΟΣΑ, 2015

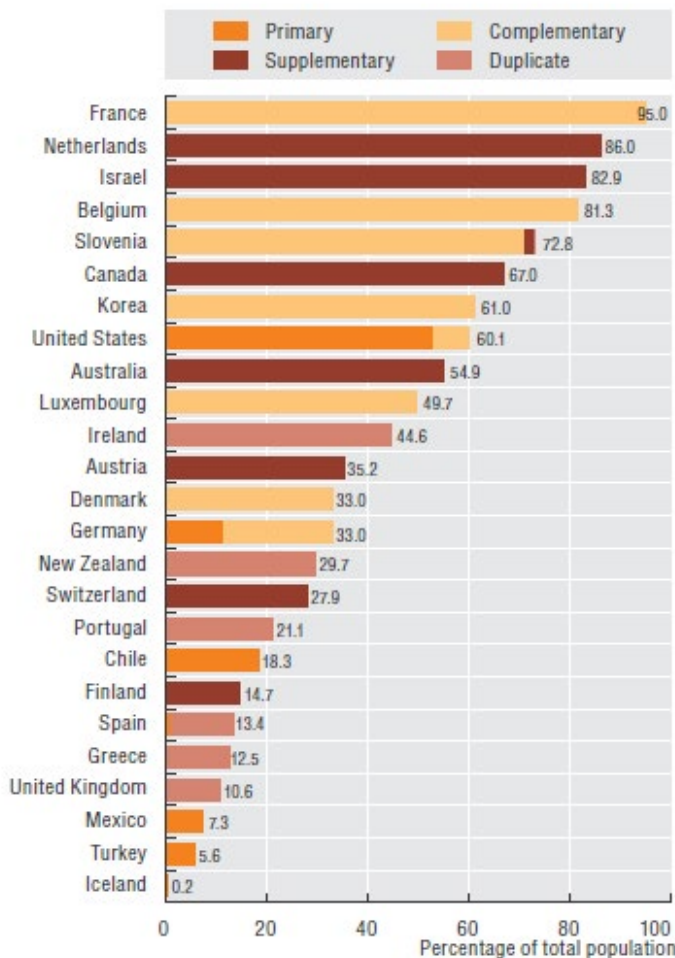
Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία του ΟΟΣΑ, η ασφαλιστική κάλυψη για την υγεία το 2013 έχει μειωθεί κατά 21% στη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, καλύπτοντας το 79% του πληθυσμού από 100%².

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας του πληθυσμού είναι κατά κανόνα εθελοντική, παρότι μπορεί να επιβάλλεται από το νόμο σε ορισμένες χώρες ή σε συγκεκριμένες εργασιακές σχέσεις. Από τα δεδομένα του ΟΟΣΑ², επισημαίνεται ότι μόνον το 12.5% του ελληνικού πληθυσμού διαθέτει ιδιωτική ασφάλιση υγείας είτε μόνη της είτε συμπληρωματικά στη δημόσια ασφάλιση (Σχήμα 2).

Σχήμα 2: Κάλυψη ιδιωτικής ασφάλισης (2013)



Πηγή: ΟΟΣΑ, 2015

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

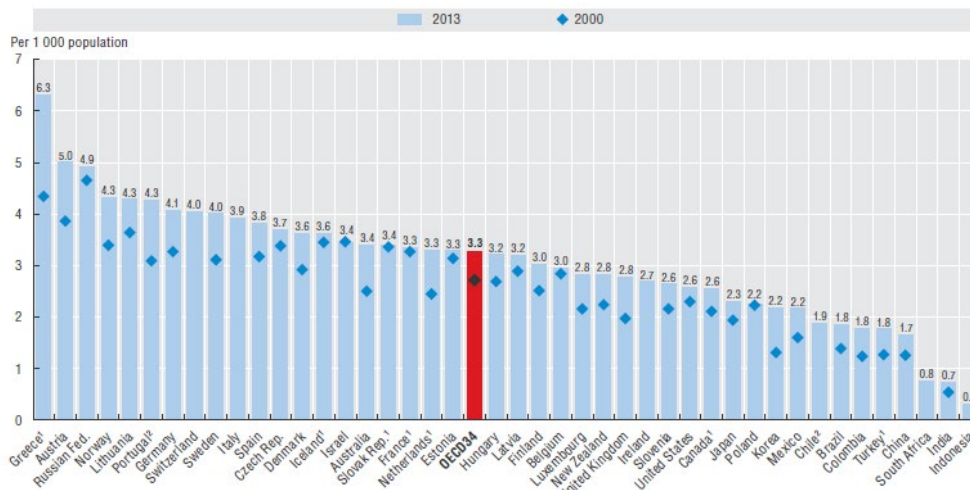
ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Ο δείκτης των κατά κεφαλή ασφαλίσεων και δικαιωμάτων συμβολαίου για τις ασφαλίσεις ζωής παρουσίαζε άνοδο από το 2001 έως το 2007 για να παρουσιάσει μείωση μετά και το 2012 να κυμαίνεται στα 170 ευρώ ανά κάτοικο⁴.

ΣΤ2.2. Ανθρώπινο Δυναμικό

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι το διαθέσιμο ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό ενός συστήματος υγείας αποτελεί θεμελιώδη παράγοντα αξιολόγησης των δυνατοτήτων παροχής υπηρεσιών υγείας του. Ειδικότερα για τους ιατρούς, η Ελλάδα, το 2013, κατείχε τον υψηλότερο αριθμό ιατρών, 6,3 κατά κεφαλήν, σχεδόν διπλάσιο από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης που ήταν 3,3 (Σχήμα 3). Στο Σχήμα 3 ο όρος «εν ενεργεία ιατροί» (practicing physicians) αναφέρεται στους ιατρούς που παρέχουν φροντίδα άμεσα στους ασθενείς. Ωστόσο, σε κάποιες χώρες στους ανωτέρω ιατρούς περιλαμβάνονται και οι ιατροί που ασκούν μόνον διοικητικό, διαχειριστικό, ακαδημαϊκό ή ερευνητικό έργο, διευρύνοντας ουσιαστικό τον όρο σε «επαγγελματικά ενεργούς ιατρούς».

Σχήμα 3: Εν ενεργεία ιατροί ανά 1.000 πληθυσμού, κατά τα έτη 2000 και 2013



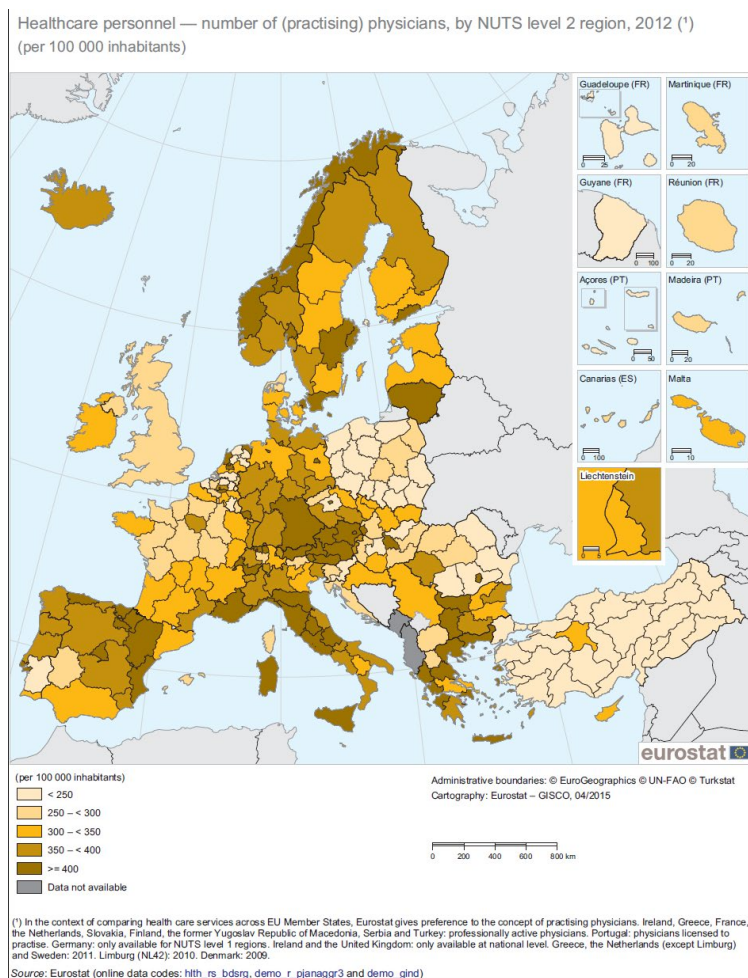
Πηγή: ΟΟΣΑ, 2015

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Αντίστοιχα, από τα δεδομένα της Eurostat για το έτος 2012⁵, στην Εικόνα 1 φαίνεται η κατανομή και αναλογία ιατρικού προσωπικού ανά 100.000 πληθυσμού στο γεωγραφικό χάρτη της Ευρώπης (Εικόνα 1).

Εικόνα 1: Εν ενεργεία ιατρικό προσωπικό ανά 100.000 πληθυσμού (2012)

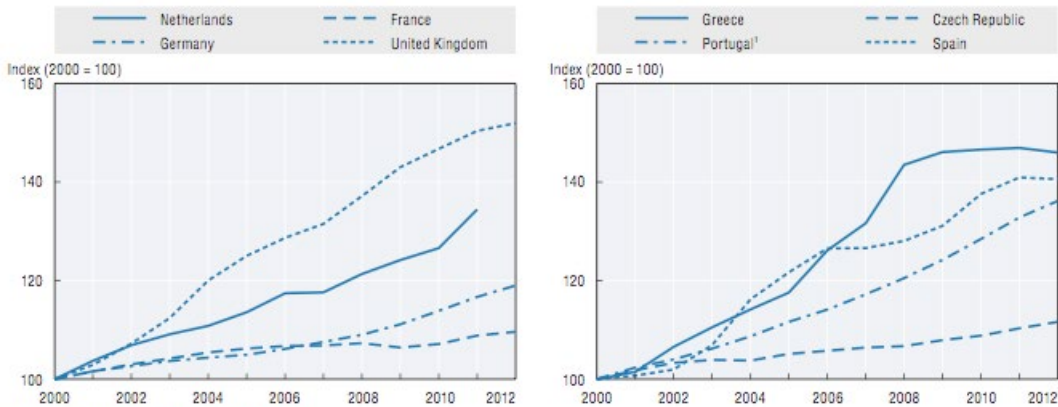


Πηγή: Eurostat <http://ec.europa.eu/eurostat/statistical-atlas/gis/viewer/>, 2015

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 4: Αύξηση του αριθμού των ιατρών σε επιλεγμένες Ευρωπαϊκές χώρες κατά την περίοδο 2000-2012.



1. Data refer to doctors licensed to practice.

Source: OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; Eurostat Statistics Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933155557>

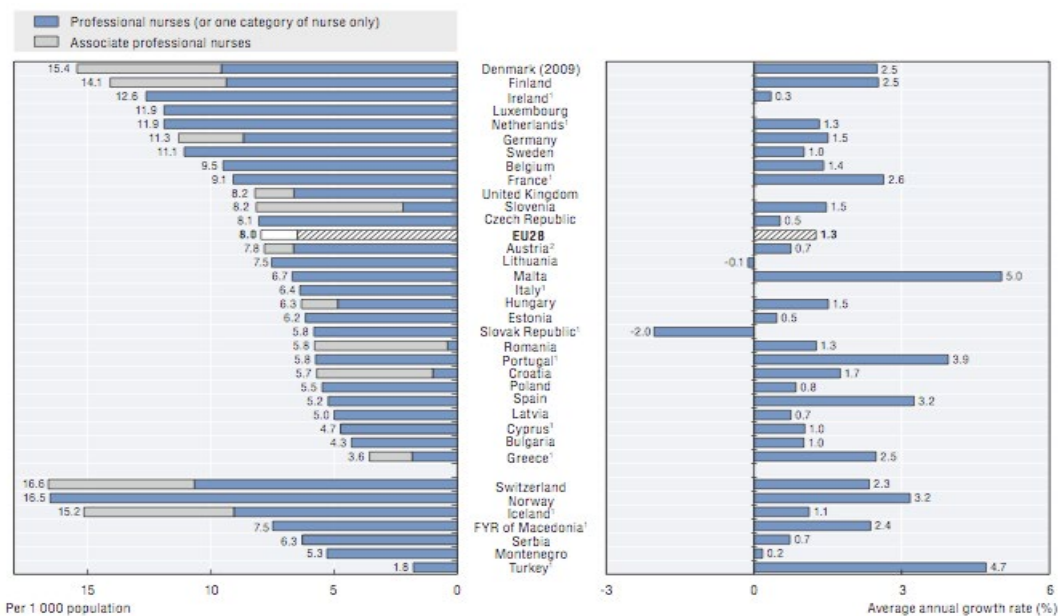
Πηγή: ΟΟΣΑ, 2014

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι το νοσηλευτικό προσωπικό έχει κρίσιμο ρόλο στην παροχή ιατρικής φροντίδας, όχι μόνον στις παραδοσιακές δομές, δηλαδή τα νοσοκομεία και τις μονάδες μακροχρόνιας φροντίδας, αλλά και στην πρωτοβάθμια φροντίδα και την κατ' οίκον νοσηλεία. Σύμφωνα με τα πλέον πρόσφατα δεδομένα του ΟΟΣΑ², στην Ελλάδα, σε αντίθεση με τον μεγάλο αριθμό ιατρών και τη σημαντική αύξηση του αριθμού τους κατά την περίοδο 2000-2013, ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού δεν παρουσίασε τα ίδια χαρακτηριστικά. Ειδικότερα, η Ελλάδα, παρότι παρουσίασε ρυθμό αύξησης (2.5%) του νοσηλευτικού προσωπικού κατά την περίοδο 2000-2012, κατείχε το έτος 2012 από τις μικρότερες αναλογίες νοσηλευτικού προσωπικού/πληθυσμού, ήτοι 3.6 ανά άτομο νοσηλευτικού προσωπικού ανά 1.000 κατοίκους (Σχήμα 5)⁴. Αξίζει ακόμα να επισημανθεί ότι το ανωτέρω νοσηλευτικό προσωπικό αφορά κατά το ήμισυ ελλιπώς εκπαιδευμένο ή βοηθητικό προσωπικό.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 5: Εν ενεργεία νοσηλευτές ανά 1.000 πληθυσμού κατά το έτος 2012 και ετήσια μεταβολή (%) κατά την περίοδο 2000-2012



1. Data include not only nurses providing direct care to patients, but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc.
 2. Austria reports only nurses employed in hospital.

Source: OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; Eurostat Statistics Database; WHO Europe Health for All Database.

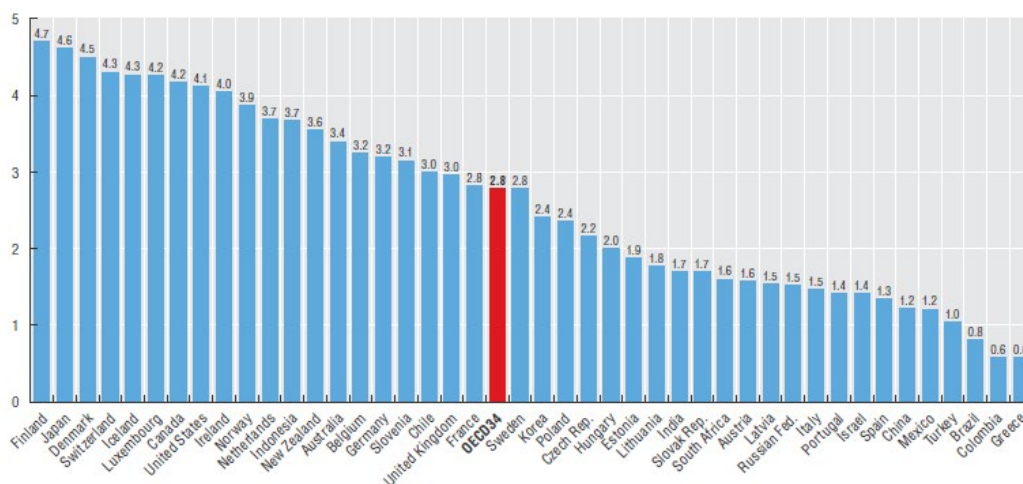
Πηγή: ΟΟΣΑ, 2014

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Από τα ανωτέρω δεδομένα προκύπτει ότι παρά τον υψηλό αριθμό ιατρικού προσωπικού, η Ελλάδα διαθέτει τη χαμηλότερη αντιστοιχία ιατρικού/νοσηλευτικού προσωπικού (1/0.6) μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ (Σχήμα 6)².

Σχήμα 6: Αναλογία νοσηλευτικού προς ιατρικό προσωπικό (2013)



Note: For those countries which have not provided data for practising nurses and/or practising physicians, the numbers relate to the same concept ("professionally active" or "licensed to practice") for both nurses and physicians, for the sake of consistency. The ratio for Portugal is underestimated because the number of doctors includes all licensed to practise.

Source: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Information on data for Israel: <http://oe.cd/israel-disclaimer>

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933280929>

Πηγή: ΟΟΣΑ, 2015

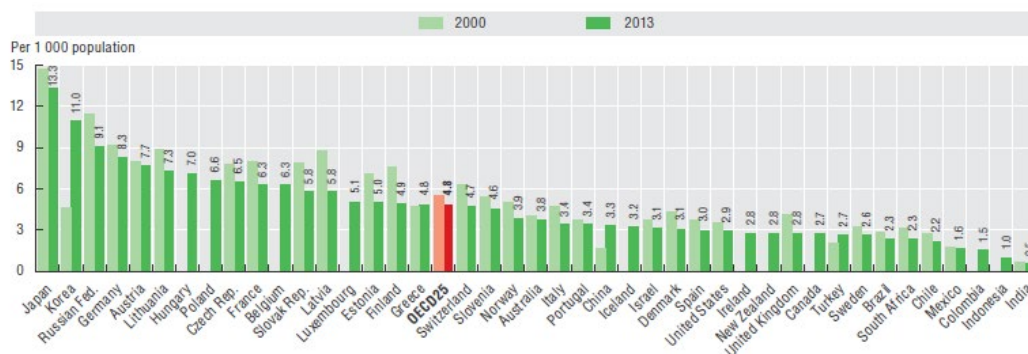
Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016


ΣΤ2.3. Νοσοκομειακές Κλίνες

Ένας άλλος σημαντικός δείκτης της παρεχόμενης νοσοκομειακής περίθαλψης σε έναν πληθυσμό είναι ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών. Ειδικότερα, με τον όρο «νοσοκομειακές κλίνες» ορίζονται όλες οι κλίνες που συντηρούνται κανονικά, υποστηρίζονται με κατάλληλο προσωπικό και είναι άμεσα διαθέσιμες προς χρήση. Περιλαμβάνονται τα κρεβάτια των νοσοκομείων, των μονάδων ψυχικής υγείας και άλλων εξειδικευμένων θεραπευτηρίων, ενώ εξαιρούνται τα κρεβάτια γηροκομείων και ιδρυμάτων. Από τα δεδομένα του ΟΟΣΑ², προκύπτει ότι η Ελλάδα διαθέτει 4,8 νοσοκομειακά κρεβάτια ανά 1.000 άτομα πληθυσμού, που ταυτίζεται με τον αντίστοιχο μέσο όρο των 25 συμμετεχόντων χωρών (Σχήμα 7). Ο αριθμός αυτός έχει ελάχιστα αυξηθεί κατά την περίοδο 2000-2013, όταν ο αριθμός νοσοκομειακών κλινών ήταν 4,7 ανά 1.000 άτομα πληθυσμού. Το γεγονός αυτό δηλώνει την περιορισμένη δυνατότητα του ελληνικού συστήματος υγείας να δημιουργήσει καινούργιες νοσοκομειακές κλίνες ή να ενεργοποιήσει τις υπάρχουσες που παραμένουν αδρανείς λόγω έλλειψης προσωπικού. Οι δυνατότητες της πολιτείας, προφανώς, ελαχιστοποιήθηκαν μετά το 2008, στα πλαίσια γενικότερης πολιτικής περιορισμού του δημοσιονομικού ελλείμματος για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης.

Σχήμα 7: Νοσοκομειακές κλίνες ανά 1.000 πληθυσμού, 2000 και 2013



Source: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933280981>

Πηγή: ΟΟΣΑ, 2015

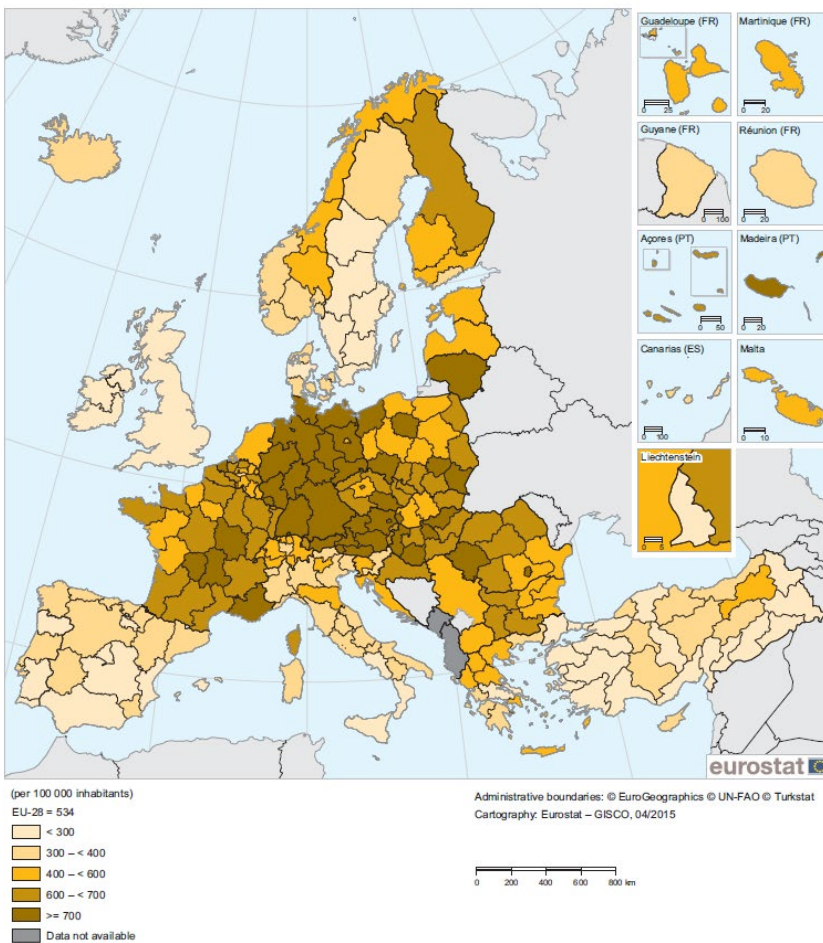
Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Τα αντίστοιχα δεδομένα κατανομής των νοσοκομειακών κλινών για το έτος 2012 αποτυπώνονται στον γεωγραφικό χάρτη της Ευρώπης (Εικόνα 2)⁵.

Εικόνα 2: Νοσοκομειακές κλίνες, 2012

Hospital beds, by NUTS level 2 region, 2012 (*)
 (per 100 000 inhabitants)



(*) Germany: only available for NUTS level 1 regions. The Netherlands and the United Kingdom: only available at national level. Denmark: 2011. Greece and the Netherlands: 2009.

Source: Eurostat (online data codes: hlth_rs_bdsq, demo_r_pjanaqr3 and demo_qind)

Πηγή: Eurostat <http://ec.europa.eu/eurostat/statistical-atlas/gis/viewer/>, 2015

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Τα ανωτέρω στοιχεία επιβεβαιώνονται και από τα δεδομένα της Eurostat⁵ (Πίνακας 1), όπου μεταξύ των ετών 2000 και 2010, ο αριθμός των εν ενεργεία ιατρών αυξήθηκε από 432.8 σε 612.6 και οι νοσοκομειακές κλίνες από 471.7 σε 484.8 ανά 100.000 πληθυσμού, αντίστοιχα.

Πίνακας 1: Εν ενεργεία ιατρικό προσωπικό, νοσοκομειακές κλίνες και εξιτήρια νοσοκομείων κατά την περίοδο 2000-2010

	Practising physicians (¹)		Hospital beds		Hospital discharges of inpatients (excluding healthy new born babies)	
	2000	2010 (²)	2000	2010 (³)	2000	2010 (⁴)
EU-27	:	:	640	538	:	:
Belgium	282.9	292.0	776.9	644.0	16 252	15 902
Bulgaria	336.9	371.1	743.0	661.6	:	24 750
Czech Republic	336.9	358.0	778.6	701.0	:	18 349
Denmark	291.1	348.2	429.4	349.8	16 316	:
Germany	325.9	373.1	911.6	824.8	19 961	23 428
Estonia	326.4	323.5	717.6	533.1	:	17 509
Ireland	:	313.5	613.2	313.9	13 805	13 157
Greece	432.8	612.6	471.7	484.8	:	:
Spain	330.1	377.9	367.8	315.7	11 243	10 246
France	325.8	327.0	797.0	642.4	17 814	15 855
Croatia	233.6	278.4	603.2	561.9	12 710	14 911
Italy	:	367.5	470.8	352.5	:	12 808
Cyprus	259.4	301.7	453.4	368.0	6 795	7 764
Latvia	287.4	291.1	873.5	532.4	:	16 161
Lithuania	362.7	372.0	883.3	675.1	:	21 938
Luxembourg	215.0	277.3	:	536.7	18 075	14 247
Hungary	268.2	286.9	825.4	718.2	:	19 435
Malta	:	307.5	547.7	450.5	:	12 316
Netherlands	244.3	292.3	482.6	465.7	:	11 636
Austria	385.3	478.0	794.8	762.9	:	27 574
Poland	221.1	217.9	:	658.5	:	15 540
Portugal	309.6	382.4	373.2	334.7	:	15 038
Romania	192.7	236.9	769.3	628.5	:	23 287
Slovenia	215.1	243.0	540.2	457.2	:	16 312
Slovakia	335.4	333.5	785.6	641.8	19 876	17 949
Finland	249.9	272.0	754.1	584.7	21 380	18 155
Sweden	308.6	380.2	358.0	272.6	15 266	15 165
United Kingdom	195.8	271.2	409.8	295.5	:	12 950
Iceland	344.2	360.3	:	578.4	17 085	13 027
Norway	338.0	406.8	379.7	329.6	15 409	16 637
Switzerland	:	380.7	628.7	496.3	:	16 151
FYR of Macedonia	219.9	269.6	505.7	459.1	:	:
Turkey	126.5	168.8	200.2	251.6	:	14 339

(¹) Ireland, Greece, France, the Netherlands, Slovakia, the FYR of Macedonia and Turkey: professionally active physicians. Portugal: licensed physicians.

(²) Denmark, Italy, the Netherlands and Sweden: 2009. Finland: 2008. Czech Republic, Estonia, Spain, Croatia, Latvia, Hungary, Poland, Slovakia, Iceland, Norway and the former Yugoslav Republic of Macedonia: break in series.

(³) Bulgaria, Greece and the Netherlands: 2009. Iceland: 2007. Belgium, Ireland, Hungary, Malta, the Netherlands, Sweden, the United Kingdom and Norway: break in series.

(⁴) Belgium, Hungary, Iceland and Norway: 2009. Ireland, Germany and Iceland: break in series.

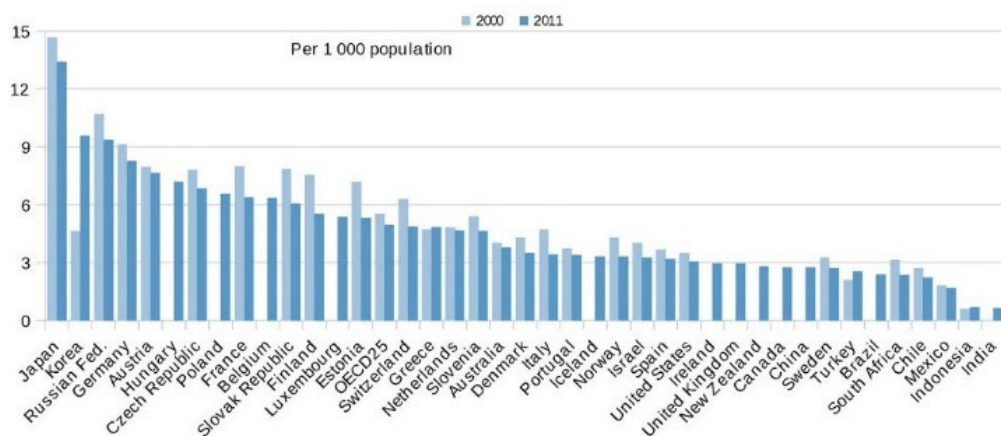
Πηγή: Eurostat (online data codes: hlth_rs_prs, tps00046 and hlth_co_discht), 2015

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Η συγκώνευση των νοσοκομείων, την περίοδο 2010-2012, προκάλεσε μείωση στις συνολικές παρεχόμενες κλίνες στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας. Σύμφωνα με τον Υγειονομικό Χάρτη του Υπουργείου Υγείας⁶, από 33.853 κλίνες το 2010 μειώθηκαν σε 30.886 το 2012, μείωση περίπου 8%. Στο σύνολο ιδιωτικών και δημόσιων νοσοκομείων ο αριθμός των κλινών μειώθηκε από 54.012 κλίνες το 2010 σε 53.773 το 2012. Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ⁴, όπως παρουσιάζεται στο Σχήμα 8, ο δείκτης κλινών ανά 1.000 κατοίκους παραμένει σταθερός από 4,88 το 2009 σε 4,84 το 2012.

Σχήμα 8: Κλίνες ανά 1000 κατοίκων για τα έτη 2000 και 2011 για τα κράτη του ΟΟΣΑ



Πηγή: ΟΟΣΑ, 2014

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σύμφωνα με την έκθεση για τις «Συνθήκες Διαβίωσης στην Ελλάδα» που εξέδωσε η ΕΛΣΤΑΤ το 2015, η εξέλιξη των θεραπευτηρίων, κλινών, κέντρων υγείας και φαρμακείων κατά την περίοδο 2002-2011 απεικονίζεται στον πίνακα 2⁷.

Πίνακας 2: Θεραπευτήρια, κλίνες, κέντρα υγείας και φαρμακεία ανά 100.000 κατοίκους, 2002 – 2011

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Θεραπευτήρια	3	3	2,9	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,7	2,8
Δημόσια	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,2	1,2	1,3	1,2	1,3
Ιδιωτικά	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,5	1,6	1,5	1,5	1,5
Κλίνες	470,5	468,8	468,0	472,0	480,7	480,6	476,5	483,9	477,6	476,6
Κέντρα Υγείας	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7
Φαρμακεία	:	:	83	83,8	86	84,5	91,2	92,5	95,2	100,2

: Μη διαθέσιμα

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

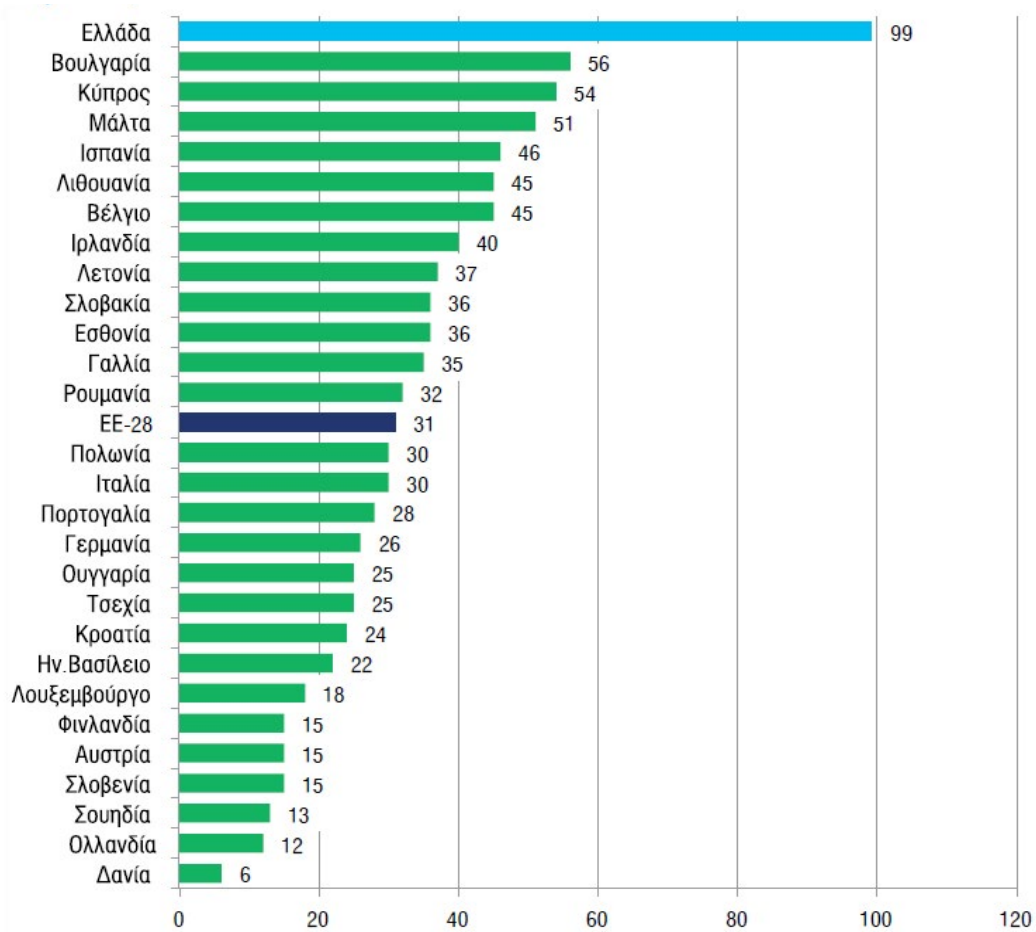
Από τα στοιχεία του πίνακα, δεν διαπιστώνονται αξιοσημείωτες μεταβολές, εκτός από μία μικρή αύξηση των ήδη πολλών υφαιρόντων φαρμακείων κατά το διάστημα 2008-2011.

Σημειώνεται ότι η πυκνότητα των φαρμακείων στην Ελλάδα είναι η υψηλότερη μεταξύ των κρατών μελών της Ε.Ε.-28, καθώς αντιστοιχούν 99 φαρμακεία ανά 100.000 κατοίκους περίπου, όταν ο αντίστοιχος μέσος όρος στην Ε.Ε.-28 είναι 31 φαρμακεία ανά 100.000 κατοίκους⁸.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 9: Αριθμός φαρμακείων ανά 100.000 κατοίκους στα κράτη μέλη της Ε.Ε.-27, 2013



Πηγή: ABDA, German Pharmacies, Figures Data Facts 2013-2014

Σημαντικός είναι και ο αριθμός των φαρμακαποθηκών στην Ελλάδα (100) για το 2013. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο αριθμός των φαρμακαποθηκών στην Ελλάδα είναι υψηλός συγκρινόμενος με την υπόλοιπη Ευρώπη γιατί κάθε φαρμακαποθήκη είναι μια ξεχωριστή εταιρεία, κάτι που δεν συμβαίνει στις άλλες χώρες. Στις υπόλοιπες χώρες, υπάρχει η δυνατότητα οι χονδρέμποροι να λειτουργούν αλυσίδες με φαρμακαποθήκες (πολλά παραρτήματα)⁸.

ΣΤ2.4. Συμπεράσματα

- Η Ελλάδα είναι η δεύτερη μετά τη Βουλγαρία χώρα του ΟΟΣΑ με το υψηλότερο ποσοστό υγειονομικά ανασφάλιστου πληθυσμού (21%).
- Μόνον 12.5% του ελληνικού πληθυσμού διαθέτει ιδιωτική ασφάλιση υγείας είτε μόνη της είτε συμπληρωματικά στη δημόσια ασφάλιση.
- Το 2013, η Ελλάδα, παρουσίαζε τον υψηλότερο αριθμό ιατρών, 6,3 ανά 1.000 άτομα πληθυσμού, μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών, τιμή που ήταν σχεδόν διπλάσια από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- Το 2012, η Ελλάδα κατείχε από τις μικρότερες αναλογίες νοσηλευτικού προσωπικού/πληθυσμού, δηλαδή 3,6 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού ανά 1.000 πληθυσμού.
- Η Ελλάδα διαθέτει τη χαμηλότερη αντιστοιχία ιατρικού/νοσηλευτικού προσωπικού (1/0,6) μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ.
- Κατά την περίοδο 2000-2013, ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών παραμένει πρακτικά σταθερός (4,7 κλίνες ανά 1.000 άτομα πληθυσμού). Οι δυνατότητες της πολιτείας, προφανώς, ελαχιστοποιήθηκαν μετά το 2008, στα πλαίσια γενικότερης πολιτικής περιορισμού του δημοσιονομικού ελλείμματος.

* * *

Βιβλιογραφία

1. European Commission. Communication from the Commission on effective, accessible and resilient Health Systems, COM(2014) 215 final. Brussels: European Commission; 2014. Available from: http://ec.europa.eu/health/healthcare/docs/com2014_215_final_en.pdf
2. OECD. Health at a glance 2015. OECD Indicators. OECD; 2015.
3. Τερζόπουλος Β, Σαράφης Π. Η γενική κατάσταση της υγείας του Ελληνικού πληθυσμού σήμερα. Δείκτες και παράγοντες επιβάρυνσης της υγείας, δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η συμβολή της πρόληψης, της προαγωγής υγείας και της αγωγής υγείας. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης. 2013;5(2):15-25.
4. Eurostat (online data code: hlth_rs_bdsrg)
5. OECD. Health at a glance 2014. OECD Indicators. OECD; 2014. Available from: http://ec.europa.eu/health/reports/european/health_glance_2014_en.htm

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

6. Υπουργείο Υγείας. Υγειονομικός Χάρτης. Στατιστικά και Δεδομένα για την υγεία [accessed 2015 June 15]. Available from: <http://ygeiamap.gov.gr/statistika-kai-dedomena-ygeia/>
7. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Συνθήκες Διαβίωσης στην Ελλάδα. Αθήνα: Ελληνική Δημοκρατία, Ελληνική Στατιστική Αρχή; 2015.
8. Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα 2014. Γεγονότα και Στοιχεία. Παρατηρητήριο Οικονομικών Υγείας, ΙΟΒΕ. Νοέμβριος 2015. ΙΟΒΕ

ΣΤ3. Υπηρεσίες Υγείας

ΣΤ3.1. Εισαγωγή

Από το 2007 η Ελλάδα βρίσκεται σε παρατεταμένη οικονομική κρίση με αρνητικό ρυθμό ανάπτυξης του ΑΕΠ και αύξηση του δημόσιου χρέους. Το 2010 για να αντιμετωπίσει το πρόβλημα της εξυπηρέτησης του χρέους της η χώρα έλαβε δάνεια από την Ευρωπαϊκή Ένωση, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο. Για την σύναψη του δανείου ζητήθηκε από την πλευρά των δανειστών δημοσιονομική προσαρμογή η οποία περιλάμβανε μεταξύ άλλων και την μείωση των δαπανών.

Στα πλαίσια της προσπάθειας δημοσιονομικής εξυγίανσης από το 2010 μέχρι σήμερα, έγιναν μειώσεις των δημοσίων δαπανών για την υγεία καθώς και αλλαγές στο τρόπο λειτουργίας του Ελληνικού συστήματος υγείας. Ταυτόχρονα η διαδικασία εσωτερικής υποτίμησης έφερε μείωση των εισοδημάτων των νοικοκυριών, και συνακόλουθα μείωση των ιδιωτικών δαπανών υγείας. Το Ελληνικό σύστημα υγείας βρέθηκε σε διαδικασία αναμόρφωσης προκειμένου να αντιμετωπίσει τις αυξανόμενες ανάγκες υγείας του ελληνικού πληθυσμού με μειωμένους πόρους, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά τα δημόσια νοσοκομεία, που έχουν δεχτεί σημαντική αύξηση του φόρτου εργασίας, καθώς λόγω της οικονομικής κρίσης και της μείωσης των εισοδημάτων μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού οδηγείται σε αυτά.

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται μια παρουσίαση της κατάστασης που υπήρχε μέχρι το 2009 καθώς και η εικόνα μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Παρουσιάζεται η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, με αναλυτικότερη αναφορά στην ιδιωτική συμμετοχή, καθώς μια από τις συνέπειες της δημοσιονομικής προσαρμογής είναι η αύξηση της ιδιωτικής συμμετοχής στη χρηματοδότηση του συστήματος. Τέλος, εστιάζοντας στα Δημόσια Νοσοκομεία, που έχουν δεχτεί σημαντική αύξηση του φόρτου εργασίας, καθώς λόγω της οικονομικής κρίσης και της μείωσης των εισοδημάτων μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού οδηγείται σε αυτά, καταγράφεται η χρήση των υπηρεσιών τους και γίνεται αξιολόγηση του έργου τους μέσω δεικτών απόδοσης.

Το Ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα μεικτό σύστημα που περιλαμβάνει τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα. Ο δημόσιος τομέας αποτελείται κυρίως από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), το οποίο περιλαμβάνει τα περισσότερα δημόσια νοσοκομεία. Τα δημόσια νοσοκομεία, τελούν σε καθεστώς μικτής χρηματοδότησης, με πληρωμές από τον κρατικό προϋπολογισμό, τους ασφαλιστικούς φορείς και ένα ποσοστό ιδιωτικής συμμετοχής. Το ΕΣΥ συμπληρώνεται με Πολυϊατρεία και Κέντρα Υγείας που ανήκουν στις Υγειονομικές Περιφέρειες και χρηματοδοτούνται από τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης. Ο ιδιωτικός τομέας περιλαμβάνει ιδιωτικές κλινικές, διαγνωστικά κέντρα και ιδιώτες γιατρούς.

Οι βασικές αλλαγές στη λειτουργία του ΕΣΥ, που πραγματοποιήθηκαν τα τελευταία χρόνια, αφορούσαν στη συγχώνευση νοσοκομείων και στη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, ο οποίος αρχικά είχε διπλό ρόλο, ως φορέας παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας μέσω των πολυϊατρείων των ασφαλιστικών οργανισμών αλλά και ως αγοραστής υπηρεσιών υγείας. Ο ΕΟΠΥΥ επέτυχε τον έλεγχο των συμβάσεων των παρόχων του ιδιωτικού τομέα, καθώς επίσης την ενοποίηση της χρηματοδότησης όλων των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης για υπηρεσίες υγείας. Στη συνέχεια, ο ΕΟΠΥΥ διαχωρίστηκε και κράτησε μόνο το τμήμα της αγοράς υπηρεσιών υγείας. Η παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης πέρασε σε έναν νέο οργανισμό, το ΠΕΔΥ στο πλαίσιο του ΕΣΥ, όπου μεταφέρθηκαν όλα τα πολυϊατρεία του ΕΟΠΥΥ.

Ο ΕΟΠΠΥ, όμως, αδυνατεί να ανταπεξέλθει των υποχρεώσεών του λόγω σημαντικής υποχρηματοδότησης. Τα συνολικά του χρέη αυξήθηκαν μέσα σε λίγους μήνες το 2015 από 1,948 δις ευρώ σε 2.919 δις ευρώ και οι ληξιπρόθεσμες οφειλές του έφθασαν τα 1,801 δις ευρώ από 1,185 δις ευρώ¹.

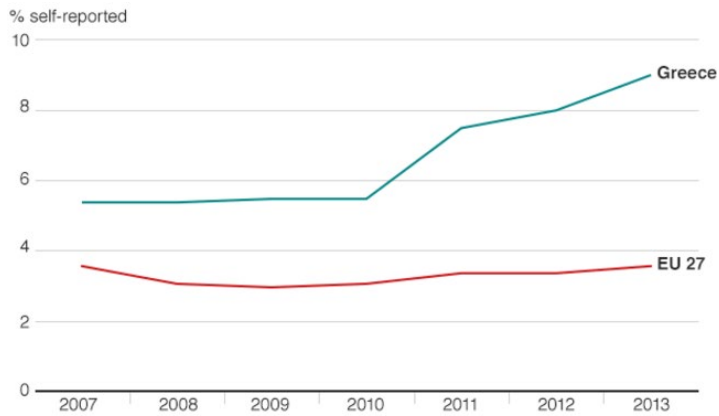
ΣΤ3.2. Δυσκολία στην Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας

Η δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα ήταν πάντοτε μεγαλύτερη από το μέσο όρο της Ε.Ε. (Σχήμα 1)². Αυτό κυρίως οφειλόταν στην καθυστέρηση στην παροχή υπηρεσιών, πχ δυσκολία για να κλείσεις κάποια εξέταση και χρονική καθυστέρηση για την εξέταση.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 1: Δυσκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας λόγω κόστους, απόστασης και καθυστέρησης



Πηγή: Eurostat, 2014

Τα τελευταία χρόνια, από το 2010 και μετά η δυσκολία αυτή έχει αυξηθεί σημαντικά σε σχέση με τα υπόλοιπα κράτη της Ε.Ε. καθώς προστέθηκαν και οικονομικά προβλήματα.

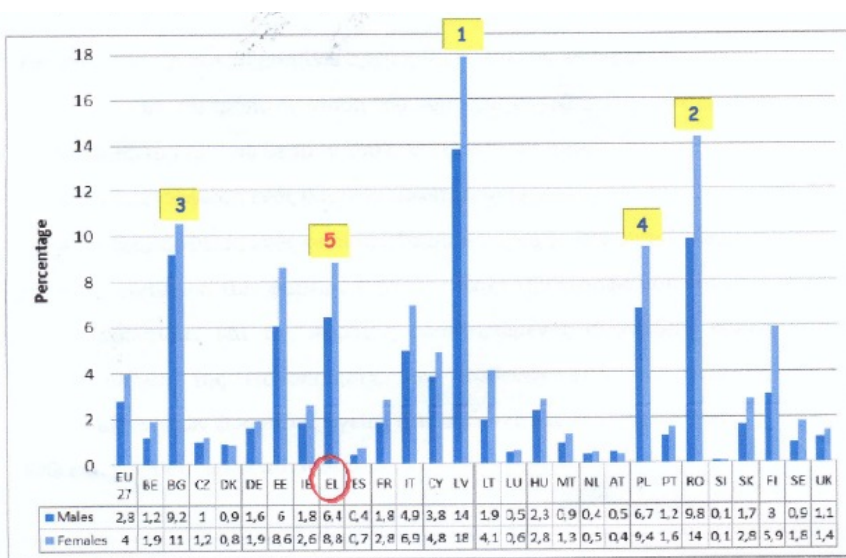
Το 2010 παρατηρείται μείωση στη χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και κυρίως στα ιδιωτικά μαιευτήρια, την οδοντιατρική περίθαλψη και τις χειρουργικές επεμβάσεις στα ιδιωτικά νοσοκομεία, η οποία εκτιμάται ότι ανήλθε το 2011 στο 50%³, από 25-30% μείωση που παρατηρήθηκε στο διάστημα 2009-2010. (4-5)

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ), το 59% των Ελλήνων αναγκάστηκε να μειώσει τη χρήση υπηρεσιών υγείας μεταξύ 2011 και 2012 λόγω οικονομικών δυσχερειών ή/και εξαιτίας εμποδίων ως προς την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, ενώ πάνω από 4 στους 10 Έλληνες δήλωσαν ότι οι νέες υγειονομικές δομές κατέστησαν δυσχερέστερη την πρόσβαση σε φάρμακα και εξετάσεις⁶.

Σχήμα 2: Αυτοαναφερόμενη αδυναμία κάλυψης ανάγκης για ιατρική εξέταση λόγω περιορισμών στην πρόσβαση (δαπάνη, απόσταση, χρόνος) ανά φύλο, 2011



Πηγή: European Commission: Report on health inequalities in the European Union, September 2013 (6)

Το 2011 ένα αυξημένο ποσοστό του πληθυσμού ανέφερε ανικανοποίητη ζήτηση, κυρίως στους ηλικιωμένους, λόγω δυσκολίας πρόσβασης για οικονομικούς λόγους και λόγω απόστασης (Σχήμα 2)⁴.

Το 2011, αυξήθηκε το εισιτήριο για τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και για τα Κέντρα Υγείας από 3 ευρώ σε 5 ευρώ, με ορισμένες εξαιρέσεις για ευπαθείς ομάδες. Τον Ιανουάριο του 2014 επιχειρήθηκε ανεπιτυχώς να εφαρμοσθεί 25 ευρώ εισιτήριο για ενδονοσοκομειακή νοσηλεία. Επίσης αυξήθηκε ο κόστος των τηλεφωνικών κλήσεων για το κλείσιμο ραντεβού (βλέπε κεφ. «Δαπάνες Υγείας»).

Στις τρεις τελευταίες πανελλαδικές έρευνες Hellas Health του ΙΚΠΙ (2010, 2013, 2015), το υψηλό κόστος ήταν ο σημαντικότερος παράγοντας μη ικανοποίησης ιατρικών αναγκών στον γενικό πληθυσμό⁸. Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με την έρευνα Hellas Health III (2010), στην ερώτηση «Τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε κάποια στιγμή που πιστεύατε ότι χρειάζεστε κάποια θεραπεία (ή/και διαγνωστική εξέταση) για κάποιο πρόβλημα υγείας, αλλά δεν την λάβατε;» το 10% των ερωτηθέντων απάντησαν θετικά. Ορισμένοι από τους κυριότερους λόγους που αναφέρθηκαν ήταν το κόστος (34%), η απασχόληση από άλλα θέματα (32%) και η μεγάλη αναμονή για ραντεβού (17%).

Περίπου το 33% των ερωτώμενων θεωρεί ότι χειρότερη πολύ η δυνατότητα πρόσβασης του σε ιδιωτικές κλινικές, ενώ για εξωνοσοκομειακές παροχές οι περισσότεροι θεωρούν ότι οι δυνατότητα πρόσβασης δεν έχει μεταβληθεί, καθώς το μεγαλύτερο μέρος της δαπάνης καλύπτεται από τον ΕΟΠΥΥ.

Τα παραπάνω στοιχεία φαίνεται να επιβεβαιώνονται και από έρευνα του Eurofound (2013), καθώς στην ερώτηση «Την τελευταία φορά που χρειάστηκε να δείτε ένα γιατρό, σε ποιο βαθμό το κατέστησε δύσκολο ή όχι καθénας από τους παρακάτω παράγοντες (απόσταση, καθυστέρηση για ραντεβού, αναμονή, κόστος);» οι ερωτηθέντες από την Ελλάδα που απάντησαν «πολύ δύσκολο» ή «κάπως δύσκολο» ήταν περισσότεροι και για τους τέσσερις παράγοντες, σε σύγκριση με το 2007. Πιο συγκεκριμένα, για την απόσταση ήταν 45%, για την καθυστέρηση για ραντεβού 67%, για την αναμονή 66% και για το κόστος (64%) (2007: 24%, 43%, 47% και 45% αντίστοιχα)⁹.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της Hellas Health VI (Μάιος 2015)¹⁰ ένας στους πέντε πολίτες δηλώνει ότι κάποια στιγμή τον τελευταίο χρόνο, παρά την ύπαρξη προβλήματος υγείας, δεν έλαβε υπηρεσίες υγείας. Ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό βρέθηκε για τους σπουδαστές (32,6%) και τους ανέργους (26,9%), ενώ δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις κοινωνικό-οικονομικές κατηγορίες. Αυτή η ανικανοποίητη

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Ζήτηση αποδίδεται κατά κύριο λόγο (56,7%) στην αδυναμία κάλυψης του σχετικού κόστους και δευτερευόντως (30,7%) στην έλλειψη χρόνου. Αξίζει να σημειωθεί ότι το φαινόμενο εμφανίζεται πιο έντονο στις αστικές περιοχές, στις οποίες οι δημόσιες, πρωτοβάθμιες δομές υγείας χαρακτηρίζονται από υποστελέχωση και ελλείψεις σε εξοπλισμό. Όπως δε είναι αναμενόμενο, οι άνεργοι δηλώνουν ότι το κόστος ήταν ο βασικός παράγοντας «αποκλεισμού» τους από τις υπηρεσίες υγείας, σε ποσοστό κατά πολύ μεγαλύτερο από το αντίστοιχο του γενικού πληθυσμού (84,2% έναντι 56,7%) και ακολουθούν οι ελεύθεροι επαγγελματίες (62,3%), ενώ το μικρότερο ποσοστό παρουσιάζουν οι συνταξιούχοι (44,6%). Σε ό,τι αφορά το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο το κόστος αποτελεί, για ευνότερους λόγους, μεγαλύτερο εμπόδιο για το κατώτερο επίπεδο (62,6%) και λιγότερο για το ανώτερο (47,1%).

Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, όσον αφορά την αξιολόγηση της κατάστασης προ και μετά τον ΕΟΠΥΥ, ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι απαντήσεις όσων έχουν προσωπική άποψη από τη χρήση των αναφερόμενων υποδομών. Όσοι έχουν άποψη, αναφέρουν ότι η μεγαλύτερη χειροτέρευση αφορά στην πρόσβαση στους ιατρούς και στα ιατρεία του Ταμείου τους. Το γεγονός αυτό οφείλεται κατά κύριο λόγο στην παραίτηση σημαντικού αριθμού γιατρών του ΙΚΑ μετά την ένταξη των Πολυϊατρείων του ΙΚΑ στο ΠΕΔΥ του ΕΣΥ. Το πρόβλημα της πρόσβασης είναι μεγαλύτερο στους συνταξιούχους και στις νοικοκυρές που εξυπηρετούνταν σε μεγαλύτερο βαθμό από τις υπηρεσίες και τις μονάδες του ΙΚΑ στην περιοχή κατοικίας τους. Είναι, επίσης, αναμενόμενη η σημαντική διαφορά 10 ποσοστιαίων μονάδων που παρουσιάζει το κατώτερο κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο σε σχέση με το ανώτερο.

Σε ό,τι αφορά την πρόσβαση στις ιδιωτικές κλινικές η χειροτέρευση είναι μεγαλύτερη στις νοικοκυρές και στους συνταξιούχους, καθώς και στα κατώτερα κοινωνικό-οικονομικά επίπεδα, προφανώς λόγω της οικονομικής επιβάρυνσης που συνεπάγεται η χρήση ιδιωτικών κλινικών. Το ίδιο ισχύει και για την πρόσβαση στα ιδιωτικά φαρμακεία, κυρίως λόγω της αύξησης της ίδιας συμμετοχής στην αγορά των φαρμάκων, αν και προκαλεί εντύπωση το γεγονός ότι μεγαλύτερη χειροτέρευση αναφέρουν τα δύο υψηλότερα κοινωνικό-οικονομικά επίπεδα. Οι ίδιες διαπιστώσεις ισχύουν και για την πρόσβαση σε φαρμακεία του Ταμείου, ενώ στην πρόσβαση στα φαρμακεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ δεν παρατηρούνται διαφορές, ούτε ανάλογα με την απασχόληση ούτε ανάλογα με το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο.

Σύμφωνα με την Έρευνα Υγείας του 2014 της ΕΛΣΤΑΤ, κατά τους τελευταίους 12 μήνες πριν τη διενέργεια της έρευνας, χρειάστηκε να λάβει αναγκαία ιατρονοσηλευτική φροντίδα και καθυστέρησε να τη λάβει ή δεν την έλαβε καθόλου το 13,1% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω λόγω μεγάλης λίστας αναμονής. Το 6,1% του πληθυσμού

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

ηλικίας 15 ετών και άνω λόγω μεγάλης απόστασης ή προβλημάτων στη μεταφορά. Το 9,4% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω λόγω έλλειψης ειδικοτήτων γιατρών και επαγγελματιών υγείας¹¹.

Κατά τους τελευταίους 12 μήνες πριν τη διενέργεια της έρευνας, χρειάστηκαν και δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα να λάβουν ιατρική φροντίδα ή θεραπεία, το 13,9% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω. Οδοντιατρική φροντίδα ή θεραπεία δεν έλαβε το 15,4% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω¹¹.

Σοβαρό πρόβλημα πρόσβασης στο σύστημα υγείας έχουν οι ανασφάλιστοι και οι χρονίως πάσχοντες (βλέπε κεφ. ΣΤ1. «Δαπάνες Υγείας»). Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Υπουργείου Υγείας τον Φεβρουάριο του 2013 υπήρχαν 2-2,5 εκατ. ανασφάλιστοι. Η πολιτική αντιμετώπισης του προβλήματος περιλάμβανε την έκδοση «health voucher» το 2013, ένα πρόγραμμα με χρηματοδότηση της Ε.Ε. για τις ιατρικές επισκέψεις 230.000 ατόμων για δύο χρόνια, κυρίως για ανέργους. Οι χρονίως πάσχοντες αποτελούν το 38% του γενικού πληθυσμού της χώρας μας. Το επίπεδο της αυτοεκτίμησης της υγείας των χρονίως πασχόντων έχει μειωθεί κατά 60% από το 2012. Οι χρονίως πάσχοντες έχουν μειώσει κατά 30% τις επισκέψεις τους σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και έχουν μειώσει κατά 50% τις δαπάνες τους για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, κατά την τριετία 2011 – 2013. Το 60% των χρονίως πασχόντων αντιμετωπίζουν οικονομικούς περιορισμούς ή λίστες αναμονής στην πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας και το 30% αξιολογούν αρνητικά τις δομές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καθώς και τις τριτοβάθμιες νοσοκομειακές δομές.

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας επηρεάστηκαν επίσης σε σημαντικό βαθμό με πολλά προγράμματα ΜΚΟ να αναστέλλουν τη δραστηριότητά τους ή να μειώνουν το προσωπικό τους. Η χρηματοδότηση για τη ψυχική υγεία μειώθηκε κατά 20% από το 2010 στο 2011 και επιπλέον 55% το 2012, παρόλο που υπήρξε αύξηση της χρήσης ψυχικών υπηρεσιών κατά 120% την περίοδο 2009-2012¹². Σύμφωνα με την Έρευνα Υγείας του 2014 της ΕΛΣΤΑΤ, χρειάστηκαν και δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα να λάβουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας από ψυχολόγο ή ψυχίατρο το 4,3% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω¹¹.

Πίνακας 1: Κατανάλωση φαρμάκων για ψυχικές νόσους (καθορισμένη ημερήσια δόση (DDD) ανά 1000 άτομα) την περίοδο 2006-2011

	2006	2011	Μεταβολή (%)
Αντιψυχωσικά	16,1	19,1	18,6
Ηρεμιστικά	30,7	30,9	0,5
Αντικαταθλιπικά	40,56	54,7	34,8

Πηγή: Κυριόπουλος Γ, Αθανασάκης Κ, Πάβη Ε, 2012 (13)

ΣΤ3.3. Ζήτηση – Χρήση Εξωνοσοκομειακών (πρωτοβάθμιων) Υπηρεσιών Υγείας

Σε ότι αφορά τη χρήση εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, γιατρό γενικής ιατρικής ή παθολόγο, κατά τους τελευταίους 12 μήνες πριν την Έρευνα Υγείας του 2014 της ΕΛΣΤΑΤ, επισκέφθηκε ή συμβουλευτήκε το 58,2% του πληθυσμού 15 ετών και άνω. Το ποσοστό αυτό παραμένει σταθερό σε σύγκριση με το 2009 (57,8%). Γιατρό άλλης ειδικότητας ή χειρουργό το 46,4%, ποσοστό που παρουσιάζει μικρή αύξηση (2%) σε σχέση με το 2009, οδοντίατρο ή ορθοδοντικό το 47,2%, ποσοστό που παρουσιάζει μείωση 10,6% σε σχέση με το 2009¹¹.

ΣΤ3.4. Ζήτηση – Χρήση Διαγνωστικών και Προληπτικών Εξετάσεων

Πριν από την κρίση, οι Έλληνες έκαναν υπερδιπλάσιο αναλογικά αριθμό μαγνητικών και αξονικών τομογραφιών σε σύγκριση με τους ευρωπαϊκούς λαούς. Ο ΕΟΠΥΥ πλήρωνε τότε 71 ευρώ για μία αξονική. Η δημοσιονομική πίεση οδήγησε σε μείωση της τιμής της αξονικής τομογραφίας, αρχικά στα 60 ευρώ και στη συνέχεια κάτω από τα 30 ευρώ.

Η υποχώρηση στις τιμές οδήγησε και σε μείωση του αριθμού των εξετάσεων, προφανώς επειδή τα διαγνωστικά κέντρα δεν είχαν επαρκή κίνητρα να κάνουν πολλές εξετάσεις. Σύμφωνα με παράγοντες της αγοράς, οι υψηλές τιμές αφήνουν πολλά περιθώρια για αύξηση της λεγόμενης «προκλητής» ζήτησης.

Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ)¹⁴, οι αξονικές και μαγνητικές τομογραφίες μειώθηκαν στην Ελλάδα της κρίσης. Το 2008, αναλογούσαν 321,8 αξονικές τομογραφίες ανά 1.000 κατοίκους, αναλογία που το 2012 περιορίστηκε σε 180,3 αξονικές ανά 1.000 κατοίκους. Μέσα σε μία τετραετία, δηλαδή, μειώθηκαν οι εξετάσεις κατά περίπου 44%. Ανάλογη είναι η εικόνα και στις μαγνητικές τομογραφίες, οι οποίες από 98,3 ανά 1.000 κατοίκους το 2008, περιορίστηκαν σε 67,6 το 2012 (μείωση 31,23%).

Η μείωση αυτή οδήγησε την Ελλάδα σε σημαντική υποχώρηση στην κατάταξη μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Το 2008, η Ελλάδα είχε τις περισσότερες αξονικές και μαγνητικές τομογραφίες, με μεγάλη διαφορά, σχεδόν διπλάσιες αξονικές, από το δεύτερο στην κατάταξη Βέλγιο (321,8 έναντι 179,3). Το 2012, η χώρα μας υποχώρησε στην τέταρτη θέση, με 180,3 εξετάσεις ανά 1.000 κατοίκους, μετά την Εσθονία (393,3), τις ΗΠΑ (256,8) και το Λουξεμβούργο (205).

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Ακόμη μεγαλύτερη είναι η υποχώρηση στις μαγνητικές τομογραφίες. Το 2008, η Ελλάδα ήταν πρώτη, με 98,3 εξετάσεις ανά 1.000 κατοίκους, με δεύτερες τις ΗΠΑ (93,4). Το 2012, η χώρα μας υποχώρησε στην έκτη θέση, μετά την Τουρκία (114,3), τις ΗΠΑ (104,8), τη Γαλλία (82), την Ισλανδία (79,3) και το Λουξεμβούργο (78,8).

Παρά τη θεαματική μείωση στον αριθμό των εξετάσεων, στην Ελλάδα καταγράφεται παραδόξως αύξηση στον αριθμό των διαγνωστικών μηχανημάτων. Το 2008 αναλογούσαν 30,8 αξονικοί τομογράφοι ανά εκατομμύριο πληθυσμού. Το 2012, η αναλογία διαμορφώθηκε σε 34,8 αξονικούς ανά εκατομμύριο κατοίκους (αύξηση 18,78%). Αύξηση καταγράφεται και στους μαγνητικούς τομογράφους, οι οποίοι αυξήθηκαν το 2012 σε 23,4 ανά εκατομμύριο πληθυσμού, από 19,7 ανά εκατομμύριο το 2008 (αύξηση 12,98%). Σε αριθμό μηχανημάτων η Ελλάδα ανέβηκε θέσεις. Στους μαγνητικούς που είχε το 2008 την τρίτη θέση, έφτασε το 2012 στη δεύτερη θέση μετά την Ιταλία. Στους αξονικούς τομογράφους έφτασε στην πρώτη θέση, από την έκτη που κατείχε το 2008.

Σε ό,τι αφορά τα προγράμματα πρόληψης, στο διάστημα 2009-10, πρώτο έτος λιτότητας, ο αριθμός των συρίγγων και των προφυλακτικών που διανέμονταν δωρεάν σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, μειώθηκε κατά 10% και 24% αντίστοιχα¹⁵, ενώ μειώθηκαν κατά 1/3 τα σχετικά προγράμματα¹⁶, με αποτέλεσμα τη δραματική αύξηση νέων κρουσμάτων μόλυνσης με HIV, από 15 το 2009 σε 484 το 2012¹⁷. Οι δραστικές περικοπές στους προϋπολογισμούς των δήμων περιόρισαν δράσεις δημόσιας υγείας, όπως των ψεκασμών για τα κουνούπια, γεγονός που συνέβαλε μαζί και με άλλους παράγοντες στην αναζωπύρωση ενδημικών κρουσμάτων ελονοσίας για πρώτη φορά σε 40 χρόνια^{18,19}.

Όπως είναι αναμενόμενο, τα παραπάνω πλήττουν και τη διενέργεια προληπτικών εξετάσεων για την έγκαιρη διάγνωση συχνών καρκίνων. Ήδη από το 2006, σύμφωνα με την έρευνα Hellas Health I, τα ποσοστά για τον ελληνικό πληθυσμό δεν ήταν ιδιαίτερα ενθαρρυντικά. Σχετικά με τη διενέργεια προληπτικών εξετάσεων κατά τη διάρκεια των τριών προηγούμενων ετών, 59,4% των γυναικών ηλικίας 21-69 ετών είχαν κάνει τεστ Παπ, ενώ στις ηλικίες 50-69 53,8% έκαναν μαστογραφία και μόλις 8,3% ανίχνευση αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα (SOBT). Αντίστοιχα, στους άνδρες 50 έως 69 ετών, 40,6% είχαν μετρήσει το ειδικό προστατικό αντιγόνο (PSA) και 10,9% είχαν πραγματοποιήσει ανίχνευση αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα (SOBT). Οι κοινωνικές ανισότητες είναι εμφανείς στη διενέργεια προσυμπτωματικού ελέγχου, καθώς τα ποσοστά είναι συνήθως αρκετά μειωμένα για τα χαμηλότερα κοινωνικό-οικονομικά στρώματα²⁰.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης Ε.ΜΕ.ΝΟ, μαστογραφία έχει κάνει κάποια στιγμή το 68% των γυναικών και το 80% είχε κάνει pap-test. Για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου κολonosκόπηση είχε κάνει το 20% του πληθυσμού άνω των 50 ετών²¹.

Σε πρόσφατη έρευνα της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας το 35,7% των γυναικών άνω των 40 ετών δεν είχαν κάνει ποτέ μαστογραφία, το 49% δεν είχε κάνει ποτέ αυτοεξέταση μαστού και το 33% δεν είχε επισκεφθεί ποτέ γιατρό για ψηλάφηση μαστού. Οι γυναίκες ανέφεραν σε ποσοστό 30,8% εμπόδια στην πρόσβαση σε γιατρό και 26,5% εμπόδια στην πρόσβαση σε μαστογραφία κυρίως λόγω απασχόλησης, αμέλειας και κόστους. Στο στάδιο της παρακολούθησης, 5,6% των γυναικών που συμμετείχαν δήλωσαν εμπόδια στην πρόσβαση σε γιατρό και 3,6% εμπόδια σε εξετάσεις κυρίως λόγω κόστους και έλλειψης χρόνου. Το 76,6% των γυναικών κάλυψε μέρος της δαπάνης είτε το σύνολό της με ιδιωτικές πληρωμές²².

Σύμφωνα με την Έρευνα Υγείας του 2014 της ΕΛΣΤΑΤ, το 54,8% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω μέτρησε την αρτηριακή του πίεση τους τελευταίους 12 μήνες πριν τη διενέργεια της έρευνας και το 55,4% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω μέτρησε το σάκχαρό του τους τελευταίους 12 μήνες πριν τη διενέργεια της έρευνας¹¹.

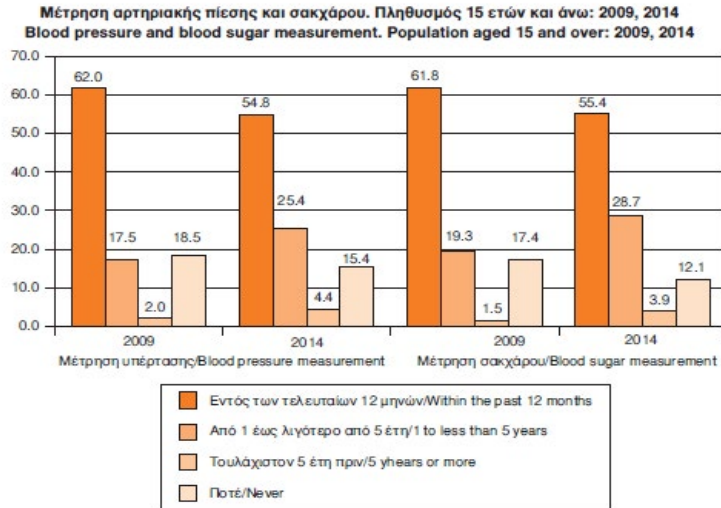
Μείωση 27,6%, σε σχέση με το 2009, καταγράφεται στο ποσοστό των γυναικών που δεν έχουν κάνει ποτέ στη ζωή τους μαστογραφία: το 2014 ήταν 38,4% ενώ το 2009 53%. Μείωση 33,9% σε σχέση με το 2009 καταγράφεται στο ποσοστό των γυναικών που δεν έχουν κάνει ποτέ στη ζωή τους pap test: το 2014 ήταν 20,7% ενώ το 2009 31,3%¹¹.

Το 85,6% των γυναικών που έχουν κάνει μαστογραφία, την έκαναν προληπτικά. Το 2009 91,6% των γυναικών είχαν δηλώσει ότι έκαναν μαστογραφία προληπτικά, είτε με δική τους πρωτοβουλία είτε με προτροπή/συμβουλή γιατρού, είτε λόγω οικογενειακού ιστορικού, είτε γιατί συμμετείχαν σε πρόγραμμα προληπτικού/προσυμπτωματικού ελέγχου¹¹.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

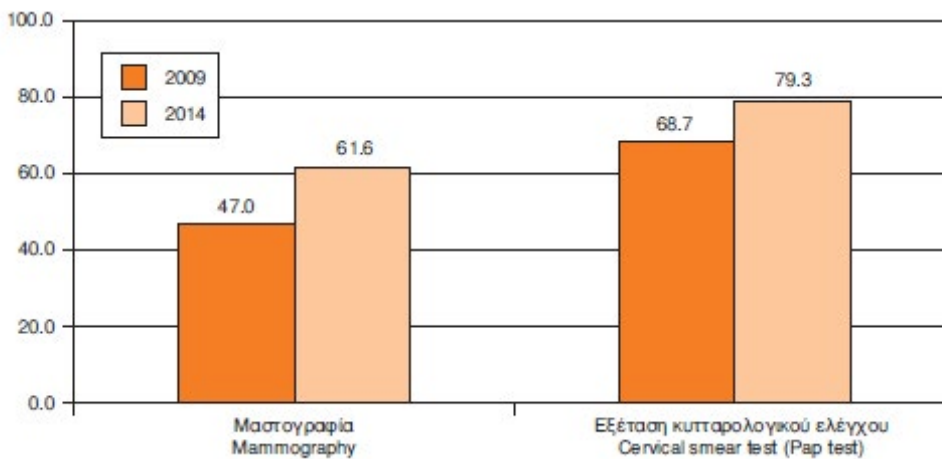
ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 3: Μέτρηση αρτηριακής πίεσης και σακχάρου, Πληθυσμός 15 ετών και άνω: 2009, 2014 (23)



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

Σχήμα 4: Ποσοστό γυναικών ηλικίας 15 ετών και άνω που έχουν κάνει οποτεδήποτε μαστογραφία και εξέταση κυτταρολογικού ελέγχου (τεστ παπ), 2009, 2014 (23)



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

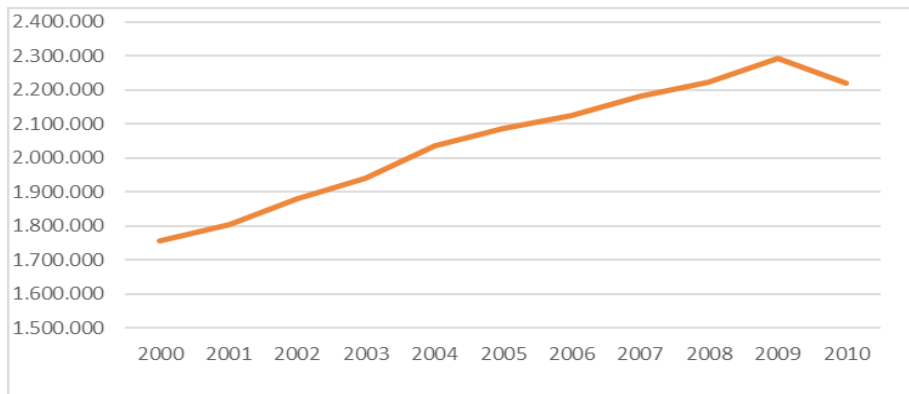
Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

ΣΤ3.5. Χρήση των Νοσοκομειακών Υπηρεσιών

Μια από τις συνέπειες της μείωσης των εισοδημάτων ήταν η στροφή προς τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Εξετάζοντας το πλήθος των εξελθόντων από τα νοσοκομεία από το 2001 έως το 2010, η τάση μέχρι και το 2009, είναι σταθερού ρυθμού αύξηση των εξελθόντων, με την αύξηση του αυτή να σταματά και να γίνεται αρνητική το 2010.

Σχήμα 5: Πλήθος εξελθόντων από Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2011

Για να εξεταστεί η μεταβολή στην συμπεριφορά των ασθενών μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης εστιάζεται η σύγκριση στην περίοδο από 2009 έως 2011, ένα έτος πριν και ένα έτος την έναρξη της λήψης δημοσιονομικών μέτρων. Στις επόμενες παραγράφους γίνεται χρήση παρόμοιων στοιχείων από τη βάση του ESY.net που αναφέρονται στα έτη 2011-2013 και χρησιμοποιούνται για την αποτίμηση των μονάδων υγείας²⁴.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Το 2009 από τον πληθυσμό που έκανε χρήση υπηρεσιών υγείας σε νοσοκομείο, το 73,5 % επέλεξε δημόσιο νοσοκομείο, με το ποσοστό αυτό το 2010 εκτοξεύτηκε σε 94,1% λόγω των οικονομικών προβλημάτων του πληθυσμού. Η αύξηση από το 2009 στο 2010 είναι 24% και από το 2010 στο 2011 η αύξηση ήταν 6%, ενώ παρατηρήθηκε μείωση της ζήτησης στα εξωτερικά ιατρεία και τα εργαστήρια κατά 9% και 11% αντιστοίχως. Η μέση διάρκεια νοσηλείας μειώθηκε πάνω από μισή ημέρα μέσα σε 3 χρόνια, όταν το μέσο συνολικό κόστος που περιλαμβάνει και το μισθολογικό κόστος, από 3.179 ευρώ μειώθηκε στα 2.255 ευρώ, μείωση 29% (Πίνακας 2).

Πίνακας 2: Στοιχεία χρήσης Ιδιωτικών και Δημόσιων Νοσοκομείων (25)

ΕΤΟΣ	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ ΕΣΥ		ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ		ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΕΣΥ
	ΠΛΗΘΟΣ	(%)	ΠΛΗΘΟΣ	(%)	
2009	1684673	73,5%	607415	26,5%	4,84
2010	2088199	94,1%	131636	5,9%	4,25
2011	2218465				4,13

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2012

Πίνακας 2: (συνέχεια). Στοιχεία χρήσης Ιδιωτικών και Δημόσιων Νοσοκομείων

ΕΤΟΣ	ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΕΣΥ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ ΕΣΥ	ΜΕΣΟ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
2009	145639726	417843	3179
2010	129584563	436405	2584
2011	153154593	461677	2255

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2012

Για τα δημόσια νοσοκομεία το μέσο πλήθος εξετάσεων ανά ασθενή αυξήθηκε 5% και τα χειρουργεία κατά 10%. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε χρήση των δημοσίων νοσοκομείων και για σοβαρότερες καταστάσεις, όπου παλαιότερα ο ασθενής επέλεγε να εισαχθεί σε ιδιωτική κλινική.

Αυξημένη προσέλευση στις υπηρεσίες υγείας του δημόσιου τομέα κατέγραψε και η πανελλαδική έρευνα Ε.ΜΕ.ΝΟ. με μικρή όμως ικανοποίηση από τους χρήστες των υπηρεσιών με το 42% να δηλώνει μέτρια/κακή/πολύ κακή ικανοποίηση. Ποσοστό 22% δήλωσε ότι έχει πρόβλημα στην πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας με κύριο αναφερόμενο φράγμα το οικονομικό κόστος²¹.

Σύμφωνα με τις Έρευνες Υγείας της ΕΛΣΤΑΤ οι εισαγωγές σε νοσοκομεία με διανυκτέρευση παραμένουν σταθερές το 2014 σε σχέση με το 2009 (το 9,5% του πληθυσμού κατά τους τελευταίους 12 μήνες), ενώ στις ημερήσιες νοσηλείες παρατηρείται αύξηση 25,5%¹¹.

ΣΤ3.6 Αποτίμηση Νοσοκομειακών Μονάδων

ΣΤ3.6.1. Το ESY.net

Το ESY.net, με τη δημιουργία του το 2011, αποτέλεσε και συνεχίζει μέχρι και σήμερα να αποτελεί μια διαδικτυακή εφαρμογή καταχώρησης οικονομικών και λειτουργικών στοιχείων, πληροφόρησης και εξαγωγής αναφορών και συγκριτικών στοιχείων, ανά νοσοκομείο και υγειονομική περιφέρεια²⁰. Τα συγκριτικά αυτά στοιχεία αποτελούν ταυτόχρονα δείκτες αξιολόγησης της λειτουργίας των μονάδων υγείας του ΕΣΥ, διαμορφώνοντας ένα σύγχρονο εργαλείο ηλεκτρονικής διακυβέρνησης. Η πρόσβαση στο ESY.net γίνεται από την κεντρική σελίδα του Υπουργείου Υγείας στο διαδίκτυο (www.yyka.gov.gr) επιλέγοντας τον κατάλληλο σύνδεσμο (link) ESY.net.²⁶

Το ESY.net συμπληρώνεται σε μηνιαία βάση, από όλα τα νοσοκομεία της χώρας, μέσω στελεχών του εκάστοτε νοσοκομείου με συμπλήρωση και έλεγχο των στοιχείων, παρέχοντας τις αναγκαίες δικλίδες ασφαλείας. Μέσω της διαδικτυακής αυτής εφαρμογής οι υγειονομικές περιφέρειες μειώνουν αποτελεσματικά το διοικητικό κόστος, με τη δυνατότητα της άμεσης και πλήρους πρόσβασης στα στοιχεία των νοσοκομείων ευθύνης τους, ενώ ταυτόχρονα παρέχεται στην κεντρική διοίκηση του Υπουργείου Υγείας η δυνατότητα της έγκυρης πληροφόρησης για όλες τις μονάδες υγείας²⁷.

Οι οικονομικές αναφορές που περιλαμβάνονται στο ESY.net είναι: Μηνιαία Παρακολούθηση Προϋπολογισμού, Μηνιαίες Αγορές Συγκεντρωτικά, Μηνιαίες Αγορές (Αναλυτικά), Αναλώσεις Υλικών και Φαρμάκων (ανά τμήμα), Μηνιαία Παρακολούθηση Υποχρεώσεων από Υπηρεσίες, Μηνιαία Κατάσταση Παρακολούθησης Νοσηλίων, Μηνιαία Κατάσταση Λειτουργικών Εσόδων – Λειτουργικού Κόστους, Παρακολούθηση KEN-DRGs, Δεσμεύσεις Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους και Ανεξόφλητες Υποχρεώσεις Νομικών Προσώπων, ενώ οι λειτουργικές αναφορές είναι: Λειτουργικά νοσοκομείων (καταγραφή νοσηλευτικής κίνησης), Λειτουργικά νοσοκομείων (εξετάσεις, χειρουργεία, διακομιδές), Λειτουργικά νοσοκομείων (διάρθρωση υπηρεσιών υγείας ανά ασφαλιστικό φορέα), Παρακολούθηση ολόημερης λειτουργίας και Καταστάσεις προσωπικού νοσοκομείου.

ΣΤ3.6.2. Λειτουργικοί Δείκτες

Ο αριθμός των επισκέψεων στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία (ΤΕΙ) ανερχόταν το 2011 περίπου σε 6.518.000 ασθενείς, και σε 6.459.000 ασθενείς το 2012 (μείωση 1 %), σε αντίθεση με τα συγκριτικά αποτελέσματα των ετών 2012-2013, όπου υπήρξε αύξηση των ασθενών 3,32 % (από 6.459.358 σε 6.681.198 ασθενείς αντίστοιχα). Όσον αφορά

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

τις επισκέψεις στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), ενώ την περίοδο 2011-2012 υπήρξε αύξηση 2,00 %, από 4.848.849 σε 4.936.410 ασθενείς, κατά την περίοδο 2012-2013 υπήρξε αισθητή μείωση της τάξεως του 3,05 %, με περίπου 200.000 ασθενείς λιγότερους.

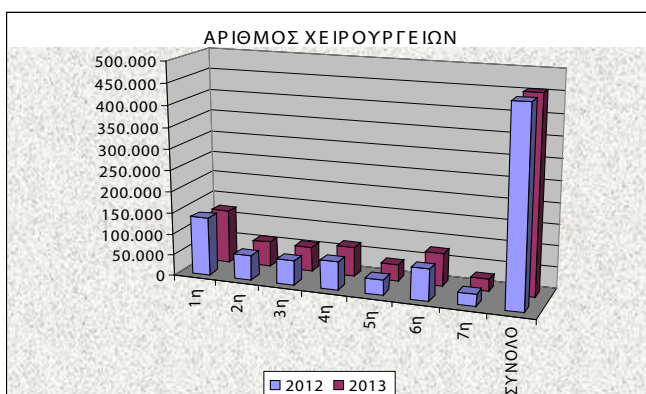
Στον αριθμό των εσωτερικών ασθενών κατά τα έτη 2009-2012 σημειώνεται συνεχής αύξηση (2009: 1.684.673, 2010: 2.088.199, 2011: 2.218.465 και 2012: 2.285.066), ενώ το 2013, συγκριτικά με το έτος 2012, παρατηρείται μικρή πτώση της τάξης του 0,46 %. Οι εργαστηριακές εξετάσεις μειώθηκαν το 2013 σε σχέση με το 2012 από 152 εκατ. σε 133 εκατ. και ποσοστιαία μείωση 12,65 %.

Στον αριθμό των διενεργηθέντων χειρουργικών επεμβάσεων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ δεν παρατηρείται, μεταξύ των εξεταζόμενων ετών κάποια ιδιαίτερη μεταβολή, καθώς οι χειρουργικές επεμβάσεις που διενεργήθηκαν μεταξύ των ετών 2012-2013 κινήθηκαν γύρω στις 450.000.

ΣΤ3.6.3. Δείκτες Απόδοσης Νοσοκομείων

Στην παρούσα ενότητα επιχειρείται μια συγκριτική ανάλυση δεικτών απόδοσης, με βάση το μέγεθος του νοσοκομείου. Η κατηγοριοποίηση με βάση το μέγεθος, εξαρτάται από τις κλίνες που διαθέτει το κάθε νοσοκομείο προς εξυπηρέτηση των πολιτών / ασθενών και είναι η εξής: < 100 κλίνες, 101-250 κλίνες, 251- 400 κλίνες και > 400 κλίνες.

Σχήμα 6: Σύγκριση αριθμού χειρουργείων ανά Υ.Πε, 2012-2013



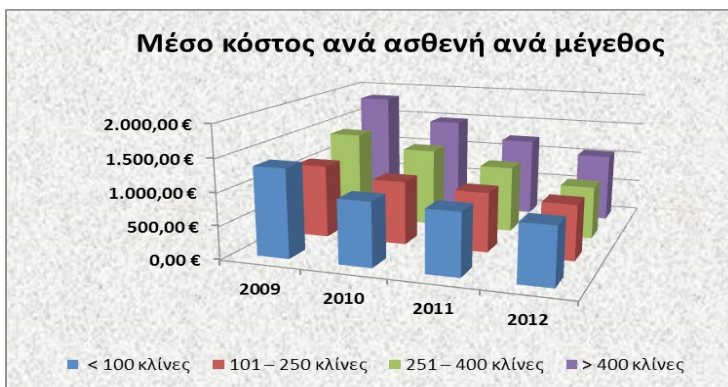
Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Μέσο κόστος ανά ασθενή

Εξετάζοντας την εξέλιξη του μέσου κόστους ανά ασθενή (χωρίς να συμπεριλαμβάνεται η μισθοδοσία) στο σύνολο των νοσοκομείων για τα έτη 2009-2012 προκύπτει ότι για τα μικρής δυναμικότητας νοσοκομεία (< 100 κλίνες) το μέσο κόστος ανά ασθενή, το 2009 κυμαινόταν στα 1.350,90 ευρώ, ενώ τα υπόλοιπα χρόνια σημειώθηκε διαρκής μείωση από 973,10 ευρώ το 2010 σε 943,21 ευρώ το 2011 και 872,37 ευρώ το 2012. Για τα νοσοκομεία που διαθέτουν από 101 έως και 250 κλίνες, καταγράφηκε μικρότερο μέσο κόστος ανά ασθενή με 1.123,84 ευρώ το 2009, 978,26 ευρώ ανά ασθενή το 2010 και περαιτέρω μείωση τα επόμενα δύο χρόνια (2011: 912,74 ευρώ, 2012: 843,31 ευρώ). Στα μεγαλύτερης δυναμικότητας νοσοκομεία, με σύνολο κλινών από 251 έως και 400 κλίνες, καταγράφηκε διαχρονικά αξιοσημείωτη πτώση του μέσου κόστους ανά ασθενή και συγκεκριμένα για το 2009 καταγράφηκε μέσο κόστος ανά ασθενή 1.401,67 ευρώ, το 2010 1.219,21 ευρώ, το 2011 1.029,47 ευρώ και το 2012 813,81 ευρώ. Στα νοσοκομεία άνω των 400 κλινών το μέσο κόστος ανά ασθενή κυμάνθηκε από 1.833,46 ευρώ το 2009 σε 1.058,88 ευρώ το 2012.

Σχήμα 7: Μέσο κόστος ανά ασθενή, ανά μέγεθος νοσοκομείων (2009-2012)



Πηγή: ΥΥΚΑ - Esynet, 2013

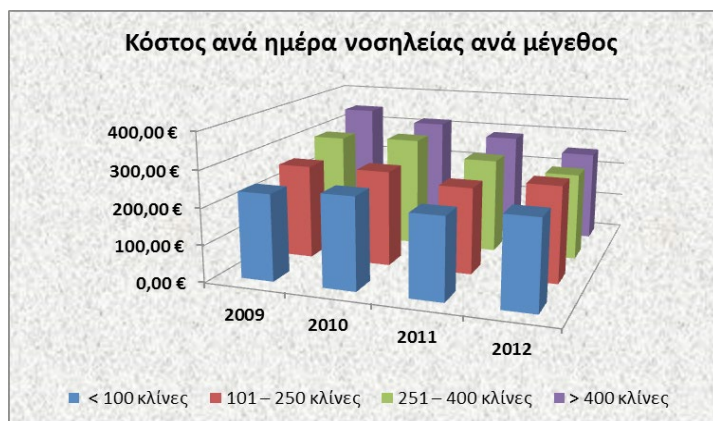
Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας

Όπως φαίνεται στο Σχήμα 8, το κόστος ανά ημέρα νοσηλείας στην κατηγορία νοσοκομείων με 101 έως και 250 κλίνες καταγράφεται ως το υψηλότερο μέσο κόστος (262,43 ευρώ) το 2012, 10 ευρώ περισσότερα από τα εξαιρετικά μεγάλης δυναμικότητας νοσοκομεία, ενώ είναι η μοναδική κατηγορία νοσοκομείων που παρουσίασε αύξηση του μέσου κόστους ανά ημέρα νοσηλείας το 2012, σε σύγκριση με τα προηγούμενα έτη, αγγίζοντας τα δεδομένα του 2010.

Σχήμα 8: Κόστος ανά ημέρα νοσηλείας ανά μέγεθος νοσοκομείων (2009-2012)



Πηγή: Γενική Γραμματεία ΥΥΚΑ – ESY.net,(2013)

Μέση διάρκεια νοσηλείας

Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται βασικά περιγραφικά στοιχεία για το σύνολο του δείγματος. Παρατηρείται, ότι η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ) μειώνεται διαχρονικά, από το 2009 στο 2012, τόσο η μέση τιμή όσο και η διάμεσος. Η χαμηλότερη μέση τιμή του δείκτη ήταν το 2011 (περίπου 4 ημέρες).

Πίνακας 3: Μέση διάρκεια νοσηλείας ανά μέγεθος νοσοκομείων (έτη 2009-2012)

	2009	2010	2011	2012
<100	4,76	4,1124	4,1604	4,0621
101-250	3,8011	3,9999	4,0427	3,8144
251-400	4,5058	3,8065	3,8097	3,4087
>400	4,8863	4,4704	4,0658	4,0947

Πηγή: Γενική Γραμματεία ΥΥΚΑ – ESY.net (2013)

Ρυθμός Εισροής Ασθενών

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι στην τετραετία 2009-2012 ο ρυθμός εισροής ασθενών μειώθηκε, με εξαίρεση τα νοσοκομεία από 101 έως 250 κλίνες.

Αδράνεια κλίνης – Μέση κάλυψη κλινών

Την τετραετία 2009-2012 τα νοσοκομεία στο σύνολό τους μείωσαν τον δείκτη αδράνειας κλίνης, με εξαίρεση τα νοσοκομεία από 251-400 κλίνες, και συνεπώς η μέση κάλυψη κλινών αυξήθηκε. Συγκεκριμένα, τόσο τα μικρής δυναμικότητας νοσοκομεία όσο και τα νοσοκομεία με 251-400 κλίνες εμφανίζουν μεγάλο ποσοστό κάλυψης, σε αντίθεση με τα νοσοκομεία με 101-250 κλίνες και εκείνα άνω των 400 κλινών. Στα μεν πρώτα το ποσοστό αγγίζει το 80%, ενώ αντίθετα στα άλλα δύο το ποσοστό είναι κοντά στο 50% με 60%, με μικρή εξαίρεση τα νοσοκομεία έως 250 κλινών που το 2012 το ποσοστό ανήλθε σε 65% περίπου.

ΣΤ3.7. Συμπεράσματα

- Η οικονομική κρίση ανάγκασε τους πολίτες να αλλάξουν συμπεριφορά ως προς την λήψη υπηρεσιών υγείας και να στραφούν περισσότερο στις δημόσιες δομές υγείας για να μειώσουν τη δαπάνη, καθώς δεν μπορούν να καλύψουν τα έξοδα.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

- Στον αριθμό των νοσηλευόμενων εσωτερικών ασθενών κατά τα έτη 2009-2012 σημειώνεται συνεχής αύξηση, ενώ παραμένουν σταθερές την περίοδο 2012-2014. Στις ημερήσιες νοσηλείες παρατηρείται για την περίοδο αυτή αύξηση 25,5%.
- Μικρή ικανοποίηση καταγράφεται από τους χρήστες των υπηρεσιών με το 42% να δηλώνει μέτρια/κακή/πολύ κακή ικανοποίηση.
- Ποσοστό 22% δήλωσε ότι έχει πρόβλημα στην πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας με κύριο αναφερόμενο φράγμα το οικονομικό κόστος. Κατά το 2014, χρειάστηκαν και δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα να λάβουν ιατρική φροντίδα ή θεραπεία, το 13,9% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω. Οδοντιατρική φροντίδα ή θεραπεία δεν έλαβε το 15,4% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω.
- Την ίδια χρονιά, χρειάστηκαν και δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα να λάβουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας από ψυχολόγο ή ψυχίατρο το 4,3% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω.
- Την περίοδο 2008-2012 παρουσιάζεται σημαντική μείωση στη διενέργεια αξονικών και μαγνητικών εξετάσεων, αλλά αύξηση στον αριθμό σχετικών μηχανημάτων.
- Μείωση 27,6%, σε σχέση με το 2009, καταγράφεται στο ποσοστό των γυναικών που δεν έχουν κάνει ποτέ στη ζωή τους μαστογραφία: το 2014 ήταν 38,4% ενώ το 2009 53%. Μείωση 33,9% σε σχέση με το 2009 καταγράφεται στο ποσοστό των γυναικών που δεν έχουν κάνει ποτέ στη ζωή τους pap test: το 2014 ήταν 20,7% ενώ το 2009 31,3%, χωρίς όμως να τροποποιούνται σημαντικά τα χαμηλά ποσοστά χρήσης προληπτικών υπηρεσιών στην Ελλάδα.
- Το μέσο κόστος ανά ασθενή, το κόστος ανά ημέρα νοσηλείας, η μέση διάρκεια νοσηλείας, η αδράνεια κλίνης, η μέση κάλυψη κλινών και η φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκαν, ενώ ο ρυθμός εισροής ασθενών και η πληρότητα κλινών παρουσίασαν θετική μεταβολή στο διάστημα αυτό.

* * *

Βιβλιογραφία

1. Φυντανίδου Ε., Χατζόπουλος Θ., Ώρα μηδέν για ΕΟΠΥΥ και νοσοκομεία, Το Βήμα, 2015. 13 Δεκ.
2. Eurostat Database 2014. Available from: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
3. ΕΣΔΥ. Η υγεία και οι υπηρεσίες υγείας στη δίνη της οικονομικής κρίσης. ΕΣΔΥ; 2011 [accessed 2015 Jun 30]. Available from: http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/H_Ygeia_sti_dini_tis_oikonomikis_krissis_Aprilios_2011_teliko
4. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*. 2011; 378:1457–58.
5. Tountas Y, Giannopoulou K. The health impact of the financial

- crisis. Results from the Hellas Health Survey. Proceedings of the Workshop for the selection of indicators for monitoring the Impact of the financial crisis in Greece on Health and Health Care Systems. EKEPY, Athens, Greece, 24 – 25 February 2014.
6. Κυριόπουλος Ι, Σκρουμπέλης Α. Η υπέρβαση της κρίσης στον ΕΟΠΥΥ: ένα σχέδιο ανασυγκρότησης της ασφάλισης και της περίθαλψης. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας; 2012 [accessed 2015 Jun 3]. Available from: http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/EOΠΥΥ_ημερίδα%20Σχολή.pdf
 7. OECD, Eurostat, WHO. A System of Health Accounts. OECD Publishing; 2011. doi: 10.1787/9789264116016-en. Available from: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5916161/KS-30-11-270-EN.PDF/655cbab0-4f9d-4d41-82bb-d39b6fb3f397?version=1.0>
 8. ΙΚΠΙ. Πανελλήνια Έρευνα Γενικού Κοινού Hellas Health III – Χρήση Υπηρεσιών Υγείας. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής; 2010 [accessed 2015 Jun 29]. Available from: http://neahygeia.gr/UserFiles/HELLAS%20HEALTH_Health_Services.pdf
 9. Dubois H, Anderson R. Impacts of the crisis on access to healthcare services in the EU. Dublin: Eurofound; 2013. Available from: <http://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2013/quality-of-life-social-policies/impacts-of-the-crisis-on-access-to-healthcare-services-in-the-eu>
 10. ΙΚΠΙ. Hellas Health VI. Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών; 2015.
 11. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Δελτίο Τύπου Έρευνα Υγείας: Έτος 2014. Πειραιάς: Ελληνική Δημοκρατία, Ελληνική Στατιστική Αρχή; 2015.
 12. Anagnostopoulos DC, Soumaki E. The state of child and adolescent psychiatry in Greece during the international financial crisis: a brief report. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013; 22: 131–34.
 13. Κυριόπουλος Γ, Αθανασάκης Κ, Πάβη Ε. Οικονομική κρίση και υγεία. Ένα δοκίμιο πολιτικής οικονομίας για την ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη; 2012. ΟΟΣΑ 2013, Διαθέσιμο στο: <https://data.oecd.org/>
 14. OECD. Health at a Glance 2015: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2015.
 15. ECDC. Risk assessment on HIV in Greece. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2012.
 16. ΕΚΤΕΡΝ. Annual report on the state of the drugs and alcohol problem. Athens: Greek Documentation and Monitoring Centre for Drugs; 2010.
 17. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2012. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2013.

18. Bonovas S, Nikolopoulos G. High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public health tragedy. *J Prev Med Hyg.* 2012; 53: 169-171.
19. Danis K, Baka A, Lenglet A, et al. Autochthonous *Plasmodium vivax* malaria in Greece, 2011. *Euro Surveill.* 2011; 16: 19993.
20. ΙΚΠΙ. Hellas Health I. Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών; 2006.
21. Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Εργαστήριο Υγιεινής Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής. Δελτίο Τύπου. Η κατάσταση της Υγείας στην Ελλάδα του 2015: Χρόνια Νοσήματα – Πρόσβαση στο Σύστημα Υγείας -Πρόληψη. Αποτελέσματα της μελέτης ΕΜΕΝΟ; 2015.
22. Βρουβάκης Ε., Εμπόδια για ασθενείς με καρκίνο του μαστού, Το Βήμα, 2015. 13 Δεκ.
23. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Συνθήκες Διαβίωσης στην Ελλάδα. Αθήνα: Ελληνική Δημοκρατία, Ελληνική Στατιστική Αρχή; 2015.
24. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. ESYNET; 2013 [accessed 2015 Jul 5]. Available from: <http://www.moh.gov.gr/>
25. Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2012
26. Polyzos N. A three-year Performance Evaluation of the NHS Hospitals in Greece. *HIPPOKRATIA.* 2012; 16:350-355
27. ESY.net (www.yyka.gov.gr)

ΣΤ4. Φαρμακευτική Περίθαλψη

ΣΤ.4.1. Εισαγωγή

Η παραγωγή και διάθεση των φαρμακευτικών προϊόντων δεν αποτελεί μόνο κεφαλαιώδη προϋπόθεση για την προστασία της υγείας του ελληνικού πληθυσμού, αλλά και βασικό συντελεστή της οικονομικής ανάπτυξης και της απασχόλησης. Ο φαρμακευτικός κλάδος αποτελεί έναν από τους δυναμικότερους κλάδους της ελληνικής βιομηχανίας. Σύμφωνα με τα δεδομένα του 2014, ο κλάδος εξασφάλιζε 132.000 θέσεις εργασίας (άμεσες, έμμεσες και προκαλούμενες), συνεισφέροντας 7,55 δις ευρώ στο ΑΕΠ (περίπου το 4%). Καταβάλλει 400 εκατ. ευρώ σε φόρους και ασφαλιστικές εισφορές, ενώ ο όγκος παραγωγής φαρμάκων στην Ελλάδα ανέρχεται σε 1 δις ευρώ και οι επενδύσεις σε έρευνα και ανάπτυξη σε 150 εκατ. ευρώ¹.

Ωστόσο, οι δημοσιονομικοί περιορισμοί που έχουν τεθεί στην υγεία κάτω από την επίδραση της οικονομικής κρίσης και τις συνακόλουθες δεσμεύσεις της χώρας έναντι των πιστωτών της έχουν οδηγήσει σε μια πρωτοφανή για αναπτυγμένη χώρα προσαρμογή των σχετικών μεγεθών (δαπανών), με υποχώρηση που, σε κάποιες περιπτώσεις, υπερβαίνει το 50%. Η περίπτωση της φαρμακευτικής δαπάνης, όπως αναλυτικά παρουσιάζεται στο κεφάλαιο ΣΤ1 «Δαπάνες Υγείας», είναι χαρακτηριστική, καθώς από τα (επίσης πρωτοφανή) 5,3 δις ευρώ περίπου του 2008, η χώρα καλείται πλέον να προσαρμοστεί σε στόχους που δεν ξεπερνούν τα 2 δις ευρώ ετησίως (περίπου στο 1% του ΑΕΠ) και πιο συγκεκριμένα στα 1,945 δις ευρώ, για την τριετία 2016-2018. Παράλληλα, για πρώτη φορά τίθεται κλειστός προϋπολογισμός στη νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη (570 ευρώ για το 2016, 550 ευρώ για το 2017, 530 ευρώ για το 2018), επηρεάζοντας παράλληλα τα κανάλια διανομής των φαρμάκων, ιδίως αυτών του υψηλού κόστους.

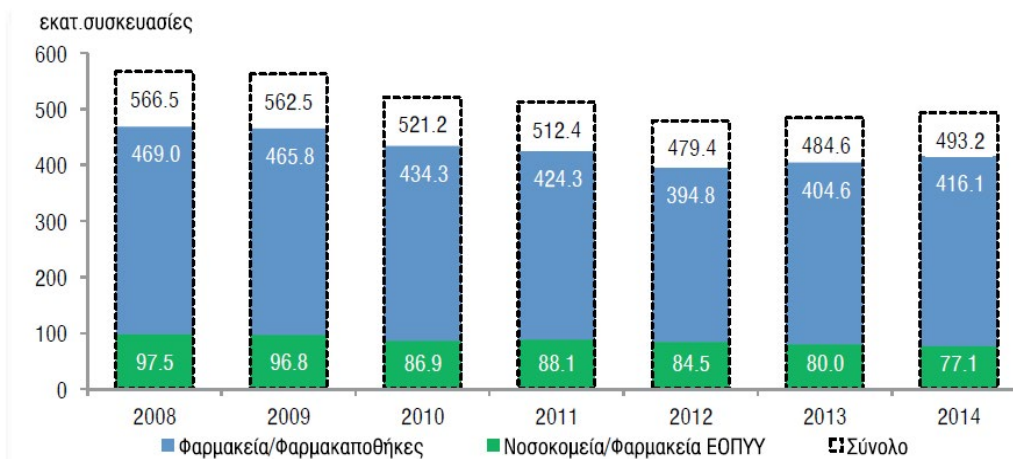
Η επίτευξη αυτού του στόχου βασίστηκε κατά ένα σημαντικό μέρος στις μεγάλες μειώσεις των τιμών των φαρμάκων, στις υψηλές συμμετοχές των ασφαλισμένων, καθώς και στα μέτρα του rebate και του clawback που επιβλήθηκαν στις φαρμακευτικές επιχειρήσεις και λιγότερο στα αναγκαία διαρθρωτικά μέτρα, όπως είναι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, τα

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

πρωτόκολλα συνταγογράφησης, η θετική λίστα αποζημιούμενων φαρμάκων, η αναπροσαρμογή της ίδιας συμμετοχής, κ.ά., τα οποία καθυστέρησαν να εφαρμοστούν, κυρίως λόγω των αδυναμιών της δημόσιας διοίκησης. Η καθυστέρηση αυτή δεν κόστισε μόνο ένα διαφυγόν όφελος πολλών εκατοντάδων εκατ. ευρώ για την κοινωνική ασφάλιση, αλλά, επιπλέον, δυσχέρανε την αντιμετώπιση πολλών χρόνιων στρεβλώσεων που χαρακτηρίζουν την αγορά του φαρμάκου στη χώρα μας². Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι σε όγκο (σε αριθμό συσκευασιών) η κατανάλωση όχι μόνο δεν μειώθηκε, αλλά αυξήθηκε την περίοδο 2012-2014 (Σχήμα 1). Υπολογίζεται ότι σε ετήσια βάση εξακολουθούμε να έχουμε 60 εκατ. συνταγές για φάρμακα, ήτοι περίπου 5 εκατ. μηνιαίως³.

Σχήμα 1: Πωλήσεις φαρμάκων σε όγκο στην Ελλάδα, 2008-2012, (εκατ. συσκευασιών)



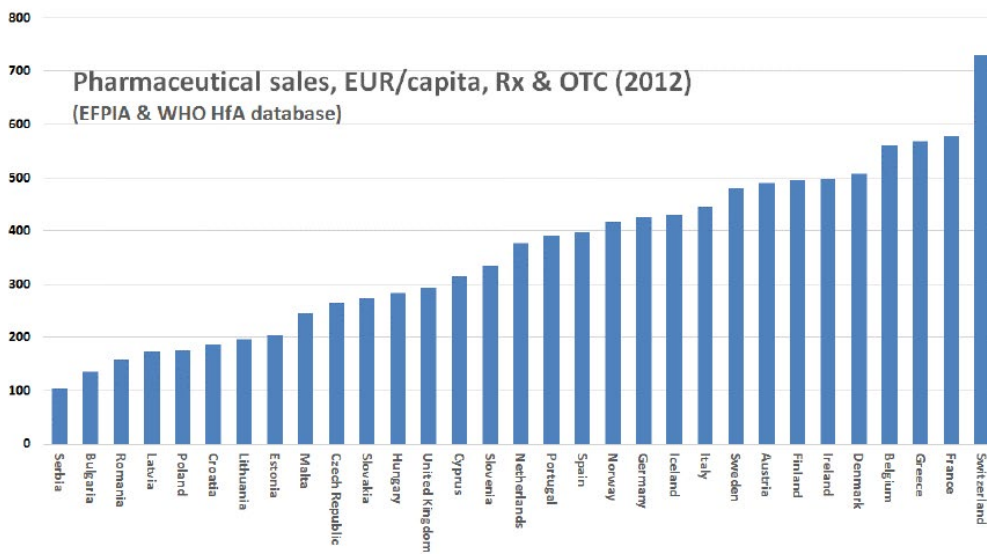
Πηγή: ΕΟΦ, 2015 * Ενδεχόμενες αντικαταστάσεις μικρότερων συσκευασιών

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σύμφωνα με το Euro Health Consumer Index, οι κατά κεφαλήν πωλήσεις φαρμάκων το 2012 παρέμειναν υψηλές, κατέχοντας την τρίτη θέση ανάμεσα στις χώρες της Ε.Ε. (Σχήμα 2)⁴.

Σχήμα 2: Κατά κεφαλήν πωλήσεις φαρμάκων το 2012 στις χώρες της Ε.Ε./Ε.Ε.Α



Πηγή: Eurohealth Health Consumer Index, 2015

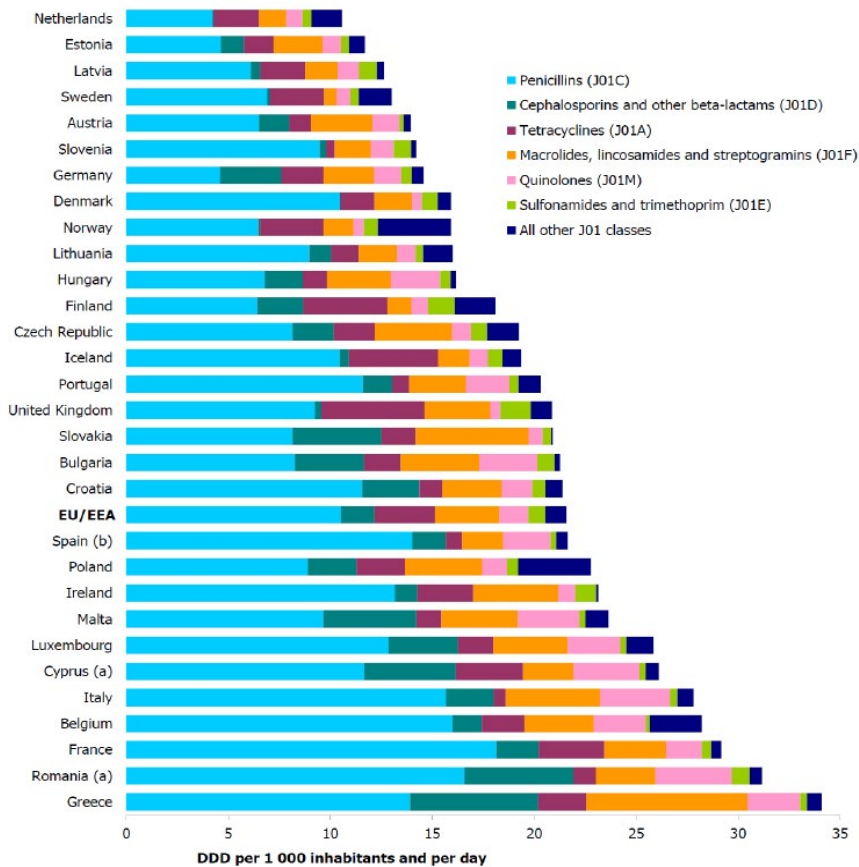
Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Ιδιαίτερα υψηλή ήταν και παραμένει η κατανάλωση αντιβιοτικών, με την Ελλάδα να κατέχει το 2014 την πρώτη θέση ανάμεσα στις 30 χώρες της Ε.Ε./Ε.Ε.Α (Σχήμα 3)⁴.

Σχήμα 3: Κατανάλωση αντιβιοτικών το 2014 στις χώρες της Ε.Ε./Ε.Ε.Α

Figure 1. Consumption of antibiotics for systemic use in the community by antibiotic group in 30 EU/EEA countries, 2014 (expressed in DDD per 1 000 inhabitants and per day)



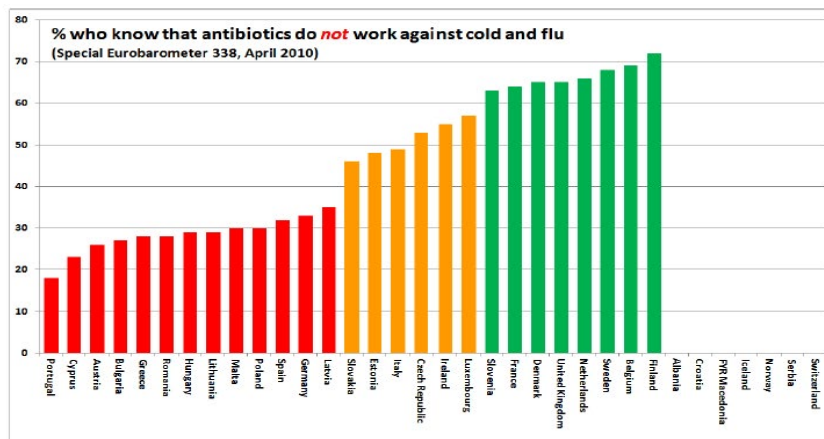
Πηγή: Eurohealth Health Consumer Index, 2015

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Το φαινόμενο αυτό σε μεγάλο βαθμό οφείλεται στο ότι πολλοί Έλληνες δεν γνωρίζουν ότι τα αντιβιοτικά δεν αντιμετωπίζουν τις ιώσεις, όπως το κρυολόγημα ή τη γρίπη (σχήμα 4).

Σχήμα 4: Ποσοστό που γνωρίζει τη δράση των αντιβιοτικών το 2010 στις χώρες Ε.Ε./Ε.Ε.Α



Πηγή: Special Eurobarometer 338, 2010

Ωστόσο, τα μέτρα που αναφέρθηκαν ήταν αποσπασματικά και πολλές φορές αντιφατικά μεταξύ τους, γεγονός που, σε συνδυασμό με τη δραστική μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, προκάλεσαν και εξακολουθούν να προκαλούν προβλήματα στη φαρμακευτική περίθαλψη του ελληνικού πληθυσμού, παρά την εφαρμογή σημαντικών διαρθρωτικών αλλαγών, όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και τα πρωτόκολλα συνταγογράφησης.

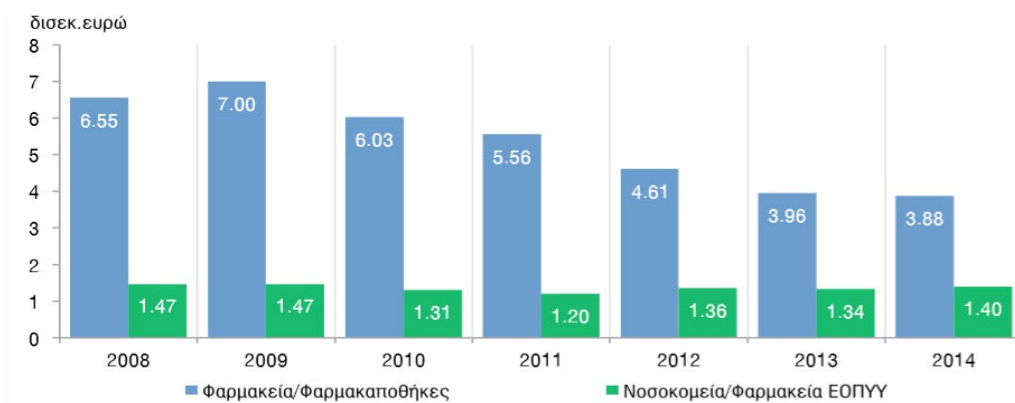
Τα σημαντικότερα από τα προβλήματα αυτά αφορούν τις ελλείψεις και τις αποσύρσεις φαρμάκων, την αδυναμία ή δυσκολία αγοράς φαρμάκων από τα φτωχότερα στρώματα του πληθυσμού, την αδυναμία της εφοδιαστικής αλυσίδας να υποστηρίξει τις ανάγκες του πληθυσμού

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

μέσω ΕΟΠΥΥ, καθώς και τη δεινή οικονομική κατάσταση, στην οποία έχουν περιέλθει φαρμακεία και φαρμακευτικές εταιρείες, με απειλούμενα λουκέτα και πραγματοποιούμενες απολύσεις⁵. Μόνο οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις καλούνται να επιστρέψουν για το 2015 800 εκατ. ευρώ με τις εκπτώσεις (rebates) και τα clawback³. Γενικά, η υποχώρηση της ιδιωτικής αγοράς στον τομέα του φαρμάκου προσεγγίζει, σε σχέση με το 2009, το 45% περίπου (Σχήμα 5).

Σχήμα 5: Πωλήσεις φαρμάκων σε αξία στην Ελλάδα, 2008-2014, (σε δις ευρώ)



Πηγή: ΕΟΦ, 2015 (Φαρμακεία/Φαρμακαποθήκες σε λιανικές τιμές και Νοσοκομεία σε Νοσοκομειακές τιμές)

Η περιοριστική αυτή πολιτική έχει άμεσες συνέπειες στην οικονομία. Συγκεκριμένα, από πρόσφατη μελέτη του Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, η οποία διερευνά τις συνέπειες της μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης στα δημόσια έσοδα, προκύπτει ότι την περίοδο 2009-2013 επήλθε μείωση των απασχολούμενων στις φαρμακευτικές εταιρείες και τα φαρμακεία κατά 9.600 εργαζόμενους (30% περίπου), ενώ την ίδια στιγμή καταγράφεται μείωση της καθαρής δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης κατά 2,74 δις ευρώ. Έτσι, κάθε μείωση 1 εκατ. ευρώ στη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ισοδυναμεί με απώλειες 3,5 θέσεων εργασίας. Επιπλέον, οι απώλειες φορολογικών εσόδων των επιχειρήσεων του κλάδου ανέρχονται την ίδια περίοδο σε 207 εκατ. ευρώ⁶.

Η συνολική δε απώλεια για τα δημόσια έσοδα την υπό εξέταση περίοδο ανέρχεται μεταξύ 2012-2013 σε 188 εκατ. ευρώ περίπου. Η απώλεια αυτή διαμορφώνει τον σχετικό πολλαπλασιαστή στα επίπεδα του 0,47. Αυτό σημαίνει ότι για κάθε 100 εκατ. ευρώ μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης οι απώλειες προσεγγίζουν (ανώτατη απώλεια) τα 47 εκατ. ευρώ, εύρημα το οποίο υποδεικνύει την ανάγκη για επανεξέταση των κατευθύνσεων της πολιτικής φαρμάκου, με τρόπο που θα λαμβάνει υπόψη το πραγματικό οικονομικό αποτέλεσμα κάθε παρέμβασης,

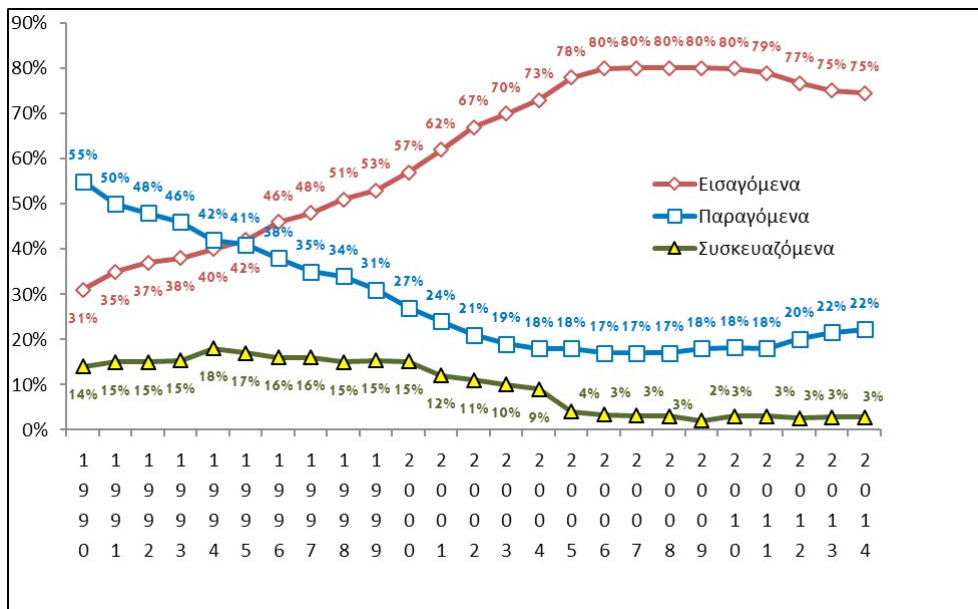
Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

ήτοι από την άμεση συμβολή στην απασχόληση και το ΑΕΠ μέχρι τα πλεονεκτήματα από την ενδυνάμωση της έρευνας και την προαγωγή της επιστήμης^{6,7}.

Μία ακόμη συνέπεια της ακολουθούμενης πολιτικής στο χώρο του φαρμάκου είναι η συρρίκνωση της εγχώριας παραγωγής, η οποία, προφανώς, είναι σε πλήρη αντίθεση με την επιδιωκόμενη ανάπτυξη και την επίτευξη του στόχου της αύξησης της απασχόλησης (Σχήμα 6)⁸.

Σχήμα 6: Εξέλιξη πωλήσεων φαρμάκων βάσει προέλευσης, 1990 - 2014



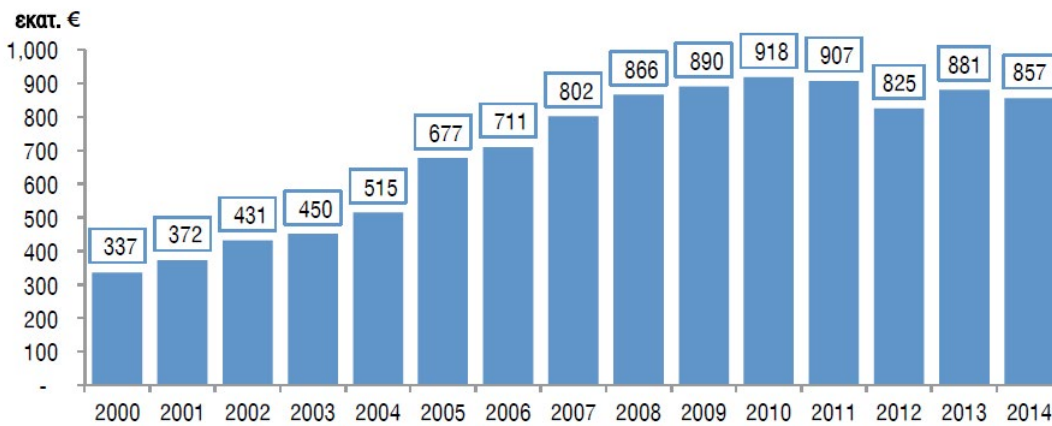
Πηγή: Νίκος Μανιάς, 2015

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σύμφωνα με την έρευνα Prodcom (Eurostat), η παραγωγή φαρμάκου στην Ελλάδα σε όρους αξίας (ex-factory) ανήλθε στα 857 εκατ. ευρώ το 2014, μειωμένη σε σχέση με το 2013 κατά -2,8%, έπειτα από αύξηση κατά 6,7% το 2013 (Σχήμα 7)⁹.

Σχήμα 7: Εξέλιξη εγχώριας παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων, 2000-2014 (σε εκατ. ευρώ)



Πηγή: Eurostat, 2015, Βάση Δεδομένων PRODCOM

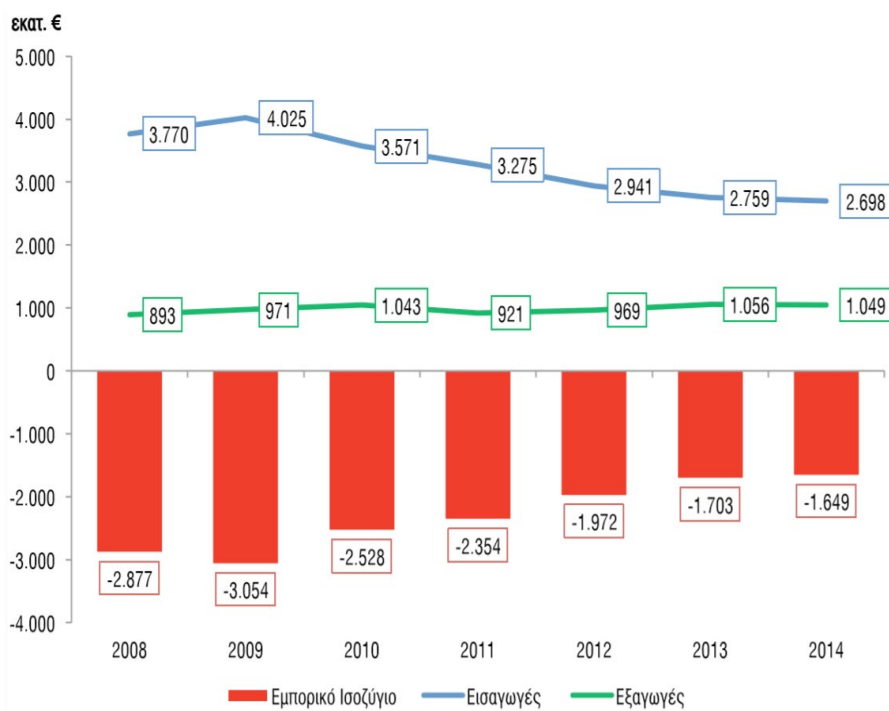
* Τυχόν διαφορετικά στοιχεία προκύπτουν βάσει αναθεώρησης των στοιχείων από Eurostat

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Από την άλλη, ο κλάδος του φαρμάκου εξακολουθεί να έχει σημαντική συμβολή στο συνολικό εξωτερικό εμπόριο της χώρας, καθώς, οι εξαγωγές φαρμάκων το 2004 προσέγγισαν το 1 δις ευρώ αποτελώντας, μετά τα πετρελαιοειδή, το πρώτο εξαγωγίμο προϊόν (σε όρους αξίας) (Σχήμα 8).

Σχήμα 8: Εξέλιξη εμπορικού ισοζυγίου Φαρμάκων (εκατ. ευρώ)



Πηγή: Eurostat, International trade, EU Trade Since 1988 By CN8, 2015, επεξεργασία στοιχείων IOBE

Πηγή: IOBE, 2015

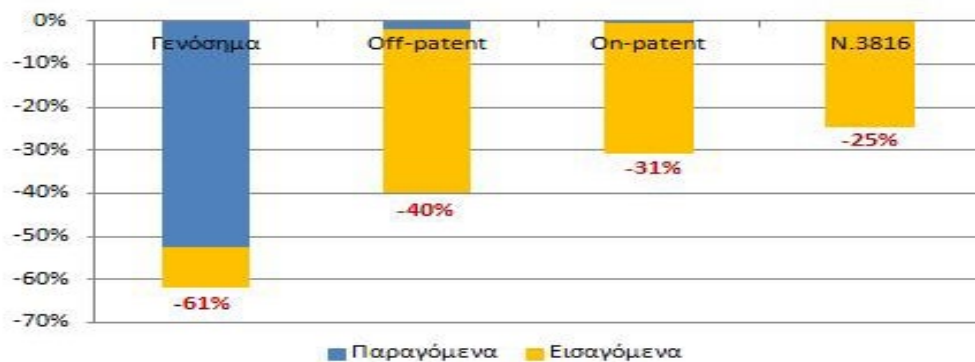
Σε επίπεδο πολιτικής φαρμάκου, για το 2016 η συμφωνία με τους δανειστές προβλέπει μία σειρά από νέα μέτρα, όπως η διενέργεια κεντρικών διαγωνισμών για την προμήθεια φαρμάκων στα νοσοκομεία, οι διαπραγματεύσεις μεταξύ ΕΟΠΥΥ και φαρμακευτικών εταιρειών για μείωση του κόστους, η εφαρμογή αυστηρών θεραπευτικών πρωτοκόλλων για τις 20 πιο δαπανηρές θεραπείες και μητρών ασθενών για νέες, καινοτόμες θεραπείες³.

Σε ό,τι αφορά τα γενόσημα φάρμακα, είχε τεθεί στόχος μέχρι τα τέλη του 2015 να αυξηθεί η διάθεσή τους στο 40% στους εξωτερικούς ασθενείς των δημόσιων νοσοκομείων, με την καθιέρωση ελάχιστων ποσοστιαίων στόχων σε κάθε γιατρό που συνταγογραφεί για ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ, ανάλογα με την ειδικότητά του, τον αριθμό των ασθενών που συνταγογραφεί αλλά και τη γεωγραφική περιοχή του, καθώς και με την επιβολή κυρώσεων¹⁰. Ωστόσο, συνολικά, η πολιτική ενδυνάμωσης των γενοσήμων, δεδομένου ότι στηρίχθηκε κατά βάση στην μείωση των τιμών τους –όπως άλλωστε συνέβη σε όλα τα φαρμακευτικά προϊόντα– δεν φαίνεται να έχει επιτύχει τα επιθυμητά αποτελέσματα (Σχήμα 9), όπως φαίνεται και στο Σχήμα 10. Κατά συνέπεια, η χώρα εξακολουθεί να είναι ουραγός στη διείσδυση των γενοσήμων σε σύγκριση με άλλες αναπτυγμένες χώρες.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

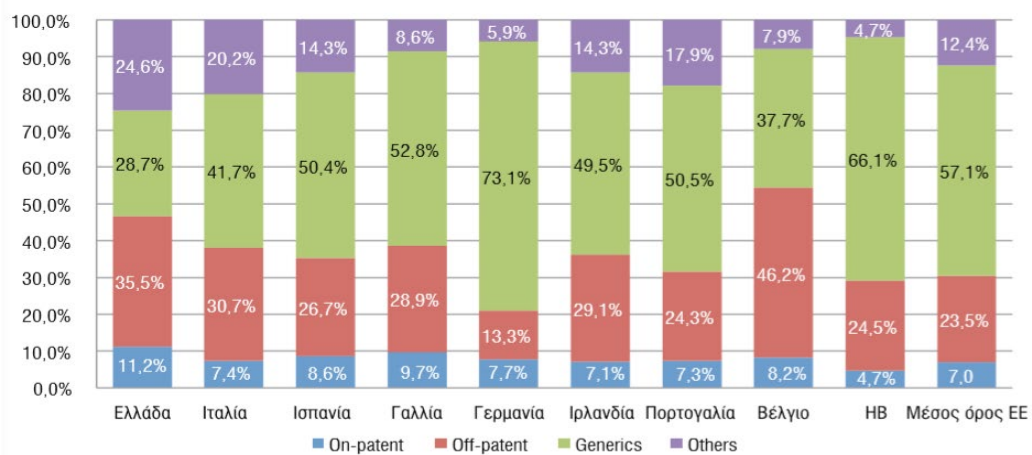
ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 9: Μέση μείωση τιμής ανά κατηγορία αποζημιούμενων φαρμάκων, 2009-2014



Πηγή: IOBE, 2015

Σχήμα 10: Διείσδυση φαρμακευτικών προϊόντων με βάση το καθεστώς προστασίας στις χώρες της Ευρώπης, 2014, (ανά μονάδα, σε όγκο)



Πηγή: IMS, 09/2014 Σημ. Συμπεριλαμβάνονται μόνο στοιχεία λιανικών πωλήσεων για όλες τις χώρες

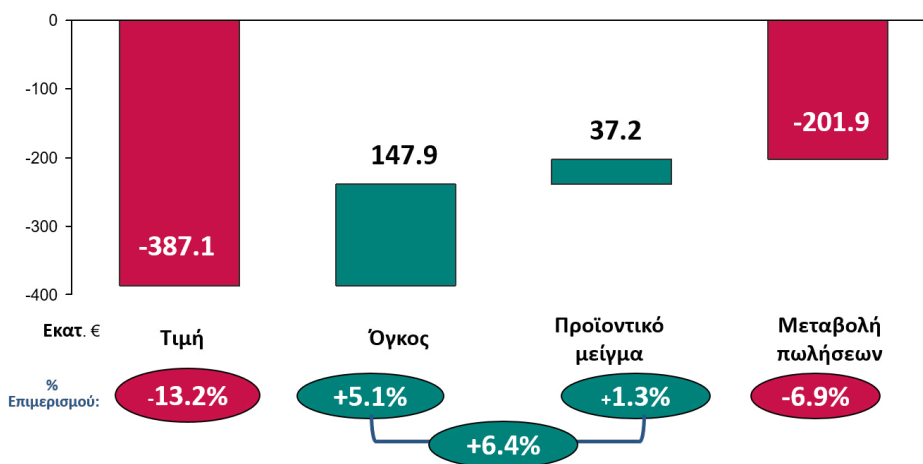
Πηγή: IOBE, 2015

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Το 2015 τα γενόσημα φάρμακα κατείχαν μερίδιο 21-22% επί του όγκου και 22-24% επί της αποζημιούμενης δαπάνης. Μόνο σε θεραπευτικές κατηγορίες, όπως στατίνες, πραζόλες, σαρτάνες προσέγγιζαν το 50-60% του όγκου, τη στιγμή που τα νέα φάρμακα καταλαμβάνουν διαρκώς μεγαλύτερο μερίδιο της αγοράς επί των πωλήσεων. Τελικά, για κάθε δύο παλαιά φάρμακα μόνο το ένα υποκαθίσταται από γενόσημα, ενώ το άλλο υποκαθίσταται από νεότερο και δαπανηρότερο. Το φαινόμενο αυτό οφείλεται στην πολύ χαμηλή τιμή ορισμένων γενοσήμων που τα οδηγεί στην απόσυρση και στο φαινόμενο της υποκατάστασης με ακριβότερα φάρμακα. Επιπλέον, η υποκατάσταση ευνοείται και από τον τρόπο οργάνωσης της Θετικής Λίστας και της συνταγογράφησης της δραστικής ουσίας, που παρέχει τη δυνατότητα στον γιατρό να επιλέγει φάρμακο σε κατηγορία χωρίς γενόσημα, αλλά και από τον τρόπο υπολογισμού της ίδιας συμμετοχής των ασθενών (Σχήμα 11). Για το 2013 εκτιμήθηκε ότι το 50% της επίδρασης από τη μείωση τιμών χάρηκε λόγω της αύξησης του όγκου και της υποκατάστασης από πιο ακριβά φάρμακα⁸.

Σχήμα 11: Η δυναμική της υποκατάστασης, 2013



Δεν συμπεριλαμβάνονται τα φάρμακα του N.3816

Πηγή: IMS Ελλάδα, 2014

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

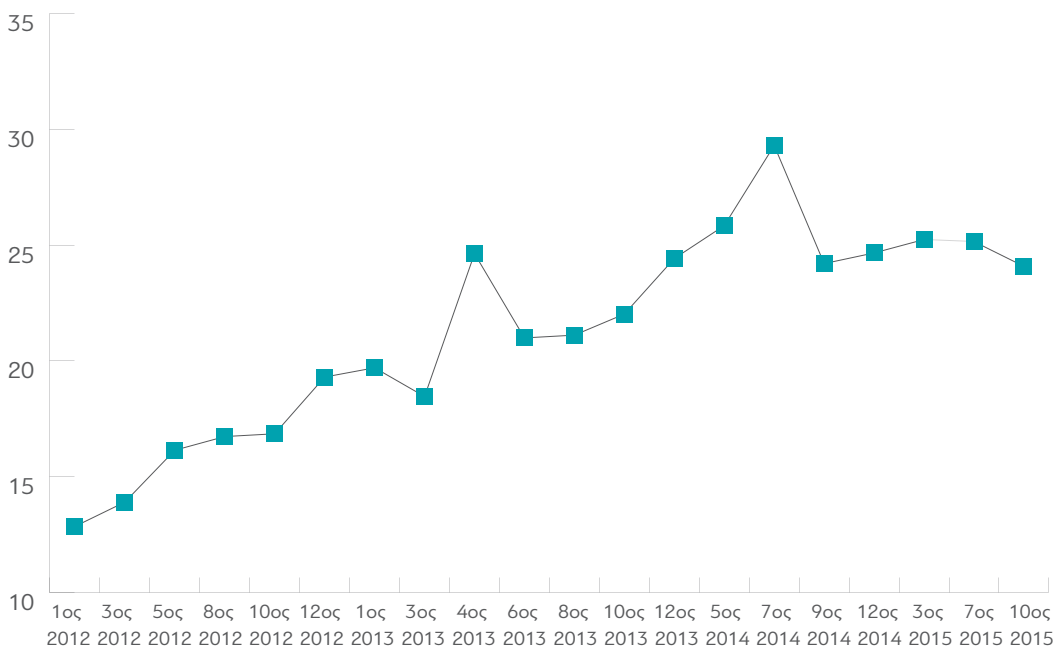
ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

ΣΤ.4.2. Οικονομικοί περιορισμοί και πρόσβαση στη φαρμακευτική περιθαλψη

Πέρα από τις επιπτώσεις στην οικονομία, το κύριο ζήτημα το οποίο προκύπτει για τη φαρμακευτική πολιτική είναι εάν με τα νέα δεδομένα μπορεί να διασφαλιστεί η απρόσκοπτη πρόσβαση των ασθενών σε θεραπεία, καθώς, οι ασθενείς σοβαρών παθήσεων αναφέρουν εμπόδια στην πρόσβαση στη θεραπεία, τα οποία ωστόσο έχουν περιοριστεί λόγω της βελτίωσης που διαπιστώνεται στη λειτουργία των φαρμακείων του ΕΟΠΥΥ.

Η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης επιβάρυνε, πέρα από τους φορείς του κλάδου (φαρμακευτικές επιχειρήσεις, φαρμακαποθήκες, φαρμακοποιοί κ.λπ.), και τους ασθενείς, η συμμετοχή των οποίων στο κόστος των φαρμάκων αυξήθηκε σημαντικά (από 12,8% τον Ιανουάριο του 2012 σε 29,3% τον Ιούλιο του 2014 για να παγιωθεί στο 25% περίπου στη συνέχεια) (Σχήμα 12), την ίδια στιγμή που τα εισοδήματα έχουν μειωθεί κατά 30% περίπου. Το αυξημένο αυτό ποσοστό έρχεται να προστεθεί σε μια διαχρονικά υψηλή ιδιωτική δαπάνη υγείας -και άρα επιβάρυνση των νοικοκυριών- η οποία κατατάσσει τη χώρα σε μια από τις υψηλότερες θέσεις παγκοσμίως.

Σχήμα 12: Εξέλιξη της συμμετοχής των ασθενών στη φαρμακευτική δαπάνη



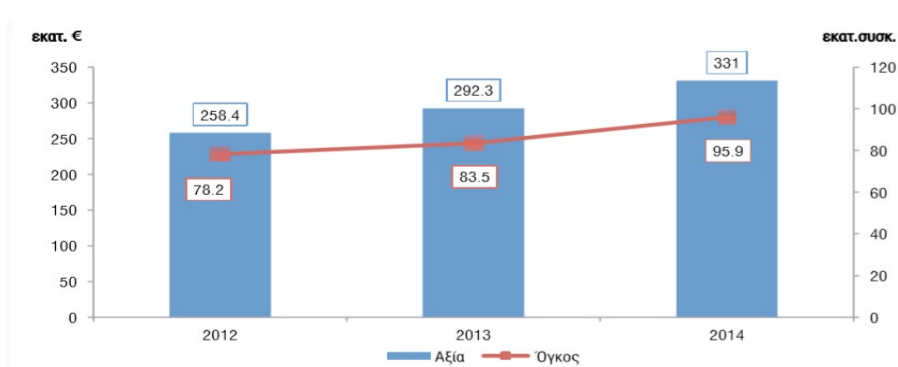
Πηγή: ΕΟΠΥΥ, 2015

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Επιπλέον, προκειμένου να περιοριστεί περαιτέρω η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, πολλά φάρμακα εντάχθηκαν στα Μη Υποχρεωτικώς Συνταγογραφούμενα (ΜΗΣΥΦΑ) προκαλώντας περαιτέρω επιβάρυνση στους πολίτες. Είναι χαρακτηριστικό ότι, παρά την οικονομική κρίση, η εν λόγω αγορά σημειώνει αύξηση τόσο σε όρους ποσοτήτων όσο και σε όρους αξίας, ωστόσο, το μερίδιο των ΜΗΣΥΦΑ σε σχέση με τις συνολικές πωλήσεις φαρμάκων εκτός νοσοκομείου εξακολουθεί να είναι στην Ελλάδα από τα χαμηλότερα στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Σχήμα 13).

Σχήμα 13: Πωλήσεις ΜΗΣΥΦΑ, 2012-2014 σε αξία και όγκο (σε εκατ. ευρώ)



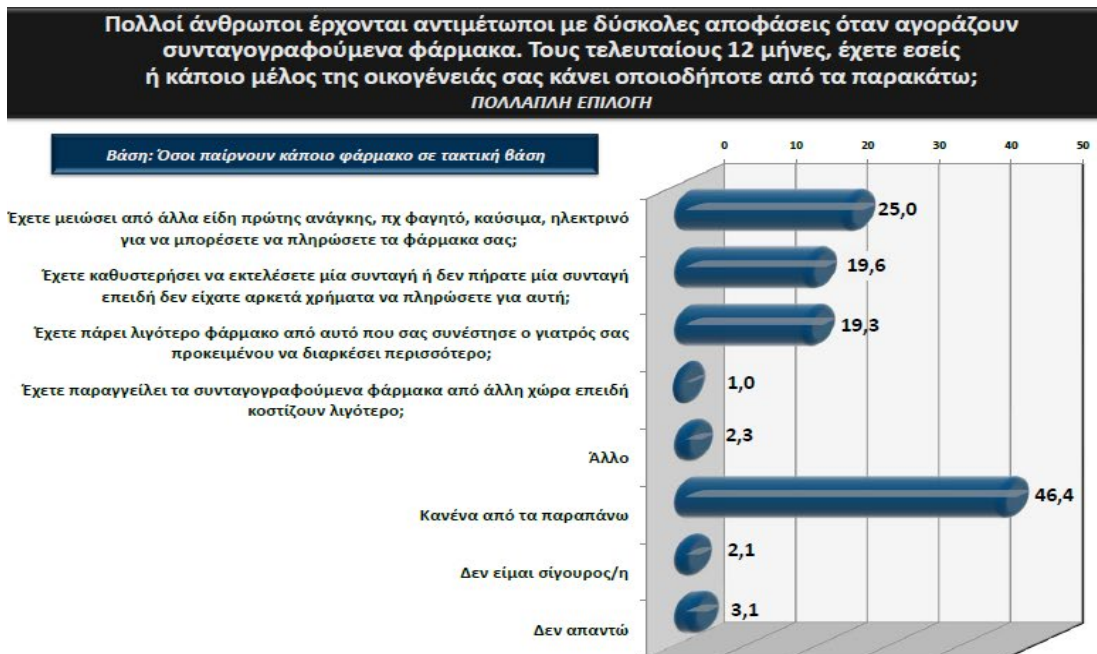
Πηγή: ΙΟΒΕ, 2014

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

• Από τη μελέτη HELLAS HEALTH VI του 2015 του Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (Σχήμα 14) προκύπτει ότι ένας στους τέσσερις πολίτες που λαμβάνει φάρμακα σε τακτική βάση έχει μειώσει την κατανάλωση ειδών πρώτης ανάγκης για την κάλυψη του κόστους των φαρμάκων, ενώ ένας στους πέντε περίπου καθυστερεί να εκτελέσει ή και δεν λαμβάνει τελικά τη συνταγή λόγω αδυναμίας πληρωμής της σχετικής δαπάνης¹¹.

Σχήμα 14: Πρόσβαση στη φαρμακευτική περίθαλψη



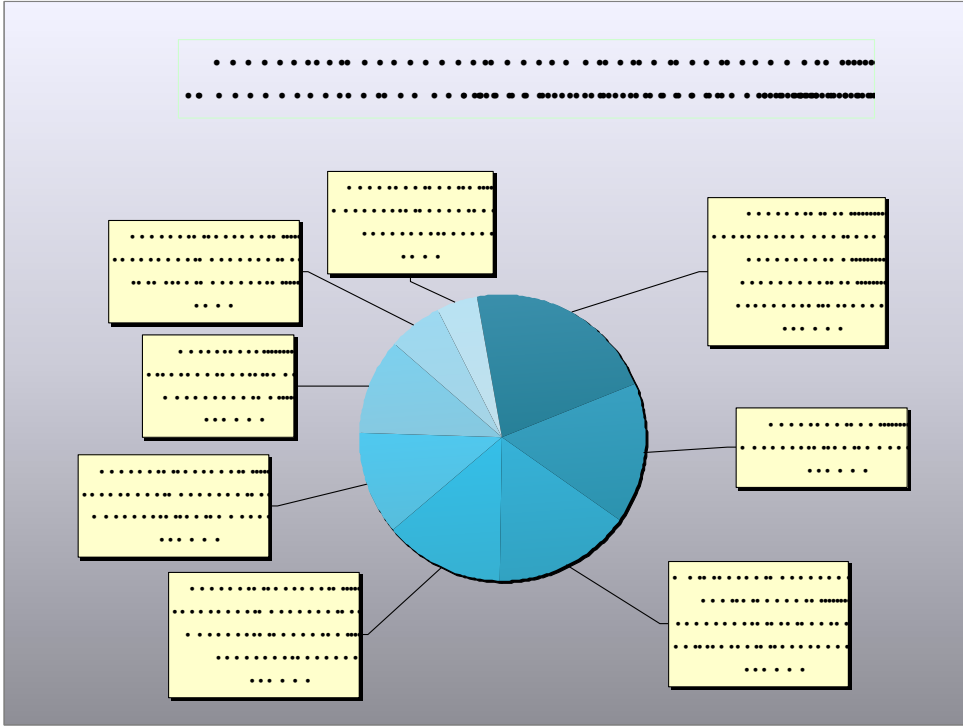
Πηγή: Hellas Health VI, 2015

- Όσον αφορά στα εμπόδια στην πρόσβαση, τα μεγαλύτερα προβλήματα αντιμετωπίζουν οι άνεργοι (37,6%), οι ελεύθεροι επαγγελματίες (25%) και οι συνταξιούχοι (24,1%), ενώ όσον αφορά στην αποστέρωση ειδών πρώτης ανάγκης οι άνεργοι (30,4%), οι νοικοκυρές (30,3%) και οι συνταξιούχοι (28,4%).
- Όσον αφορά στον τρόπο πληρωμής των φαρμάκων, πιο έντονες διαφορές καταγράφονται με κριτήριο το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, με τα άτομα που ανήκουν στις υψηλές θέσεις να αντιμετωπίζουν εμπόδια σε ποσοστό 8,4%, ενώ όσοι κατατάσσονται στο κατώτερο επίπεδο σε ποσοστό 29,8%. Αντίστοιχα, η αποστέρωση βασικών ειδών προκειμένου να καλυφθεί το κόστος των φαρμάκων καταγράφεται στα υψηλά κοινωνικό-οικονομικά στρώματα σε ποσοστό 8,4%, ενώ στα χαμηλά σε ποσοστό 32,5%
- Από την ίδια μελέτη προκύπτει ότι για το ποσό που έχει δαπανηθεί για φάρμακα, όλες οι επαγγελματικές ομάδες καταγράφουν τα υψηλότερα ποσοστά στην κατηγορία 10-50 ευρώ μηνιαίως, ενώ είναι αξιοσημείωτο ότι, με εξαίρεση τους μισθωτούς και τους άνεργους, όλες οι άλλες κατηγορίες καταγράφουν μηνιαία δαπάνη μεγαλύτερη των 50 ευρώ σε ποσοστό που κινείται από 19,5% έως 25%. Το χαμηλότερο συγκριτικά ποσοστό για τους μισθωτούς μπορεί να αποδοθεί στην σταθερότητα της ασφαλιστικής κάλυψης, ενώ για τους άνεργους στην περιορισμένη χρήση φαρμάκων, λόγω έλλειψης διαθέσιμου εισοδήματος.
- Στην πλειονότητα των ατόμων όλων των επαγγελματικών κατηγοριών διαπιστώνεται δέσμευση για συνταγογραφούμενα φάρμακα ποσοστού του εισοδήματος μέχρι 10%, ενώ υψηλά ποσοστά καταγράφονται και στην κατηγορία από 10% έως 30% του εισοδήματος, με τους ελεύθερους επαγγελματίες, τις νοικοκυρές και τους συνταξιούχους να βρίσκονται στις υψηλότερες θέσεις. Αυτό το εύρημα βρίσκεται σε εναρμόνιση και με τον βαθμό σημαντικότητας του προβλήματος της πληρωμής των φαρμάκων (βλ. παραπάνω).
- Σημαντικό ποσοστό μεγάλης ανησυχίας για την πληρωμή των φαρμάκων καταγράφουν στην ίδια έρευνα πάνω από τους μισούς συνταξιούχους, άνεργους και νοικοκυρές, ενώ το χαμηλότερο ποσοστό καταγράφεται στους μισθωτούς, οι οποίοι έχουν και το ασφαλέστερο περιβάλλον ασφαλιστικής κάλυψης (στο βαθμό που και η εργασία δεν απειλείται). Αντιστοίχως με το προηγούμενο, πάνω από τα μισά άτομα που ανήκουν στο χαμηλότερο κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο εκφράζουν μεγάλη ανησυχία για την πληρωμή των φαρμάκων, με το σχετικό ποσοστό να μειώνεται όσο αυξάνει η κοινωνικό-οικονομική θέση.
- Αξιοσημείωτο είναι το εύρημα αναφορικά με την πλήρη κάλυψη των δαπανών για φάρμακα με ίδια δαπάνη, καθώς σε όλες τις

επαγγελματικές κατηγορίες, σχεδόν ένας στους τρεις εμφανίζεται είτε να μην έχει ασφαλιστική κάλυψη είτε να μην ασκεί το ασφαλιστικό δικαίωμα. Όπως είναι αναμενόμενο, το υψηλότερο ποσοστό καταγράφεται στους άνεργους (42,3%), εκατ. των οποίων μόλις το 7,7% καλύπτονται είτε με δωρεάν χορήγηση φαρμάκων από τα νοσοκομεία και τον ΕΟΠΥΥ είτε από κάποιο επιδοτούμενο πρόγραμμα.

- Από τη μελέτη HOPE I του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου (2012) προέκυψε ότι ένας στους δύο ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα αντιμετώπισε πρόβλημα πρόσβασης στη θεραπεία (φαρμακευτική αγωγή) λόγω της δυσχερούς πρόσβασης σε ιατρό, της απόστασης του φαρμακείου του ΕΟΠΥΥ ή της μη διάθεσης ή δυσκολίας εύρεσης του φαρμάκου είτε στο νοσοκομείο στο οποίο θα γινόταν η χορήγηση είτε στο φαρμακείο του ΕΟΠΥΥ (Σχήμα 15). Στην ίδια έρευνα, ένας στους πέντε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα δήλωσε ότι η κατάσταση της υγείας του επιδεινώθηκε λόγω απώλειας ή της καθυστέρησης στη λήψη της θεραπείας του ενώ 1 στους 4 ζητά από τον ιατρό του αλλαγή της θεραπείας του λόγω των δυσκολιών λήψης της φαρμακευτικής αγωγής¹².

Σχήμα 15: Δυσκολίες πρόσβασης ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα στη φαρμακευτική περίθαλψη



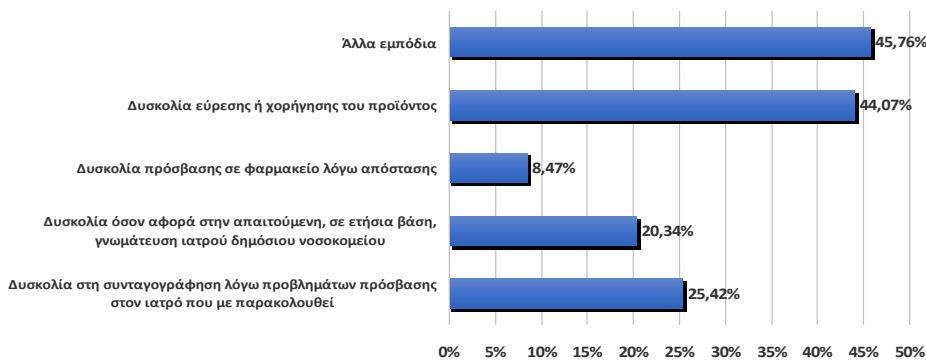
Πηγή: Souliotis K et al., 2013.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

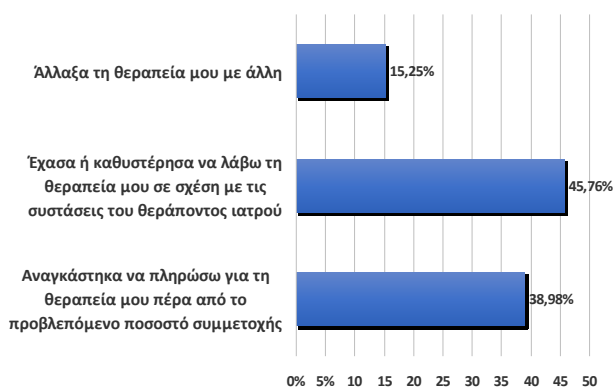
Από τη μελέτη HOPE IV του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου (2014) σε συνεργασία με τον Σύλλογο Καρκινοπαθών Εθελοντών Φίλων και Ιατρών Αθηνών (ΚΕΦΙ) προέκυψε ότι ένας στους τρεις ασθενείς με καρκίνο αντιμετωπίζει προβλήματα πρόσβασης στη θεραπεία (Σχήμα 16), με αποτέλεσμα ένα μεγάλο ποσοστό να χάνουν ή να καθυστερούν να λάβουν τελικά τη θεραπεία τους σε σχέση με τις οδηγίες του ιατρού (Σχήμα 17)¹³.

Σχήμα 16: Δυσκολίες πρόσβασης ασθενών με καρκίνο στη φαρμακευτική περίθαλψη



Πηγή: Σουλιώτης Κ. και συν. 2014.

Σχήμα 17: Συνέπειες των δυσκολιών πρόσβασης ασθενών με καρκίνο στη φαρμακευτική περίθαλψη



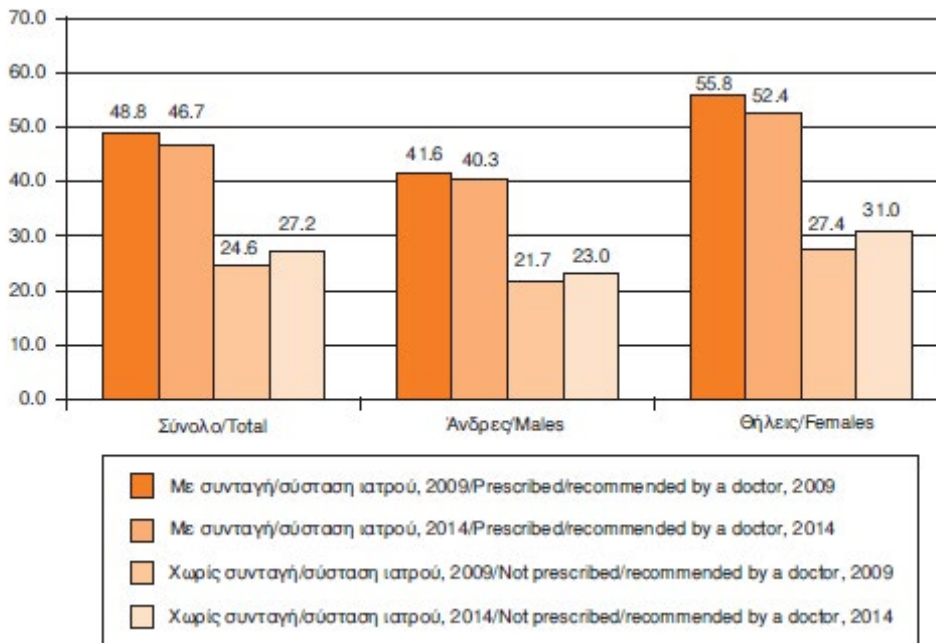
Πηγή: Σουλιώτης Κ. και συν. 2014.

- Σύμφωνα με στοιχεία από τη μελέτη του ΕΛΙΚΑΡ «Μήνας Ελέγχου Χοληστερόλης - Πρόγραμμα Εκτίμησης Καρδιαγγειακού Κινδύνου» (που καταγράφει ετησίως τη συχνότητα των παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα στην Ελλάδα), το 2014 εξετάστηκαν 2.734 άτομα και έγινε σύγκριση δεδομένων σε σχέση με το δείγμα του 2013. Ενώ το 2013 το 13% των συμμετεχόντων είχε δηλώσει ότι αναγκάστηκε να διακόψει τη φαρμακευτική αγωγή για τον έλεγχο της υψηλής χοληστερόλης λόγω του υψηλού κόστους συμμετοχής στη φαρμακευτική δαπάνη, το 2014 το ποσοστό αυτό αυξήθηκε στο 16,5%. Επίσης, το ποσοστό των ασθενών που χαρακτηρίζει «δυσβάσταχτο» το κόστος συμμετοχής στην υπολιπιδαιμική αγωγή διπλασιάστηκε, από 7,8% σε 15,9%.
- Λόγω των οικονομικών δυσκολιών έχει μειωθεί και ο ήδη υψηλός αριθμός ασθενών, που καταναλώνουν φάρμακα χωρίς συνταγή γιατρού. Σύμφωνα με την έκθεση για τις «Συνθήκες Διαβίωσης» που εξέδωσε η ΕΛΣΤΑΤ το 2015, αύξηση 10,6% καταγράφεται στο ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω που κατανάλωσε φάρμακα, βότανα ή βιταμίνες χωρίς συνταγή γιατρού, σε σχέση με το 2009 (24,6%)¹⁴. Η αύξηση αυτή παρατηρείται στο διάστημα 2009-2014, τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες (Σχήμα 18)¹⁵, ενώ το 11,2% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω δεν είχε την οικονομική δυνατότητα να αγοράσει φάρμακα που είχαν συσταθεί από γιατρό.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 18: Ποσοστό ανδρών και γυναικών ηλικίας 15 ετών και άνω, που καταναλώνουν φάρμακα με ή χωρίς συνταγή/σύσταση ιατρού: 2009, 2014



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

ΣΤ.4.3. Συμπεράσματα

- Στη διάρκεια της οικονομικής κρίσης υπήρξε σημαντική μείωση της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης, κυρίως της δημόσιας, η οποία από 5,3 δις ευρώ το 2008 δεν ξεπέρασε τα 2 δις ευρώ το 2015 με περαιτέρω, μάλιστα, πτωτική τάση.
- Το γεγονός αυτό επέφερε σημαντική μείωση των πωλήσεων σε αξίες, καθώς και των απασχολούμενων στον τομέα του φαρμάκου (περίπου 30%) και σημαντικές απώλειες φορολογικών εσόδων, ύψους 207 εκατ. ευρώ και συνολικές απώλειες που φτάνουν τα 500 εκατ. ευρώ και γενικότερη συρρίκνωση της εγχώριας παραγωγής.
- Παρ'όλα αυτά, ο κλάδος του φαρμάκου εξακολουθεί να έχει σημαντική συμβολή στο συνολικό εξωτερικό εμπόριο της χώρας.
- Σε ό,τι αφορά τα γενόσημα φάρμακα, το μερίδιο αγοράς που κατέχουν, παρά τη μικρή αύξηση που επήλθε, παραμένει περιορισμένο σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, λόγω έλλειψης κινήτρων και αδυναμίας ελέγχου του φαινομένου της υποκατάστασης φθηνότερων γενόσημων φαρμάκων από άλλα ακριβότερα.
- Η μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης επιβάρυνε και τους ασθενείς, των οποίων η συμμετοχή στο κόστος των φαρμάκων αυξήθηκε από 12,8% τον Ιανουάριο του 2012 σε 29,3% τον Ιούλιο του 2014, ενώ σήμερα έχει σταθεροποιηθεί στο 25%, όταν τα εισοδήματα είχαν μειωθεί κατά περίπου 30%.
- Παρά το γεγονός ότι στο διάστημα 2012-2014 αυξήθηκε σε όγκο η κατανάλωση φαρμάκων και οι κατά κεφαλήν πωλήσεις παραμένουν υψηλές σε σχέση με τις χώρες της Ε.Ε. (κυρίως στα αντιβιοτικά), ένας στους τέσσερις πολίτες που λαμβάνει φάρμακα σε τακτική βάση έχει μειώσει την κατανάλωση ειδών πρώτης ανάγκης για την κάλυψη του κόστους των φαρμάκων, ενώ ένα στους πέντε καθυστερεί να εκτελέσει ή και δεν λαμβάνει τελικά τη συνταγή λόγω αδυναμίας πληρωμής της σχετικής δαπάνης.
- Στην πλειονότητα των ατόμων όλων των επαγγελματικών κατηγοριών διαπιστώνεται δέσμευση για συνταγογραφούμενα φάρμακα ποσοστού τους εισοδήματος μέχρι 10%. Πάνω από τους μισούς συνταξιούχους, ανέργους και νοικοκυρές αναφέρουν μεγάλη ανησυχία για την πληρωμή των φαρμάκων, ενώ ένας στους τρεις καλύπτει ίδια δαπάνη την αγορά φαρμάκων (άνεργοι 42,3%).
- Ένας στους τρεις ασθενείς με καρκίνο και ένας στους δύο ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, αντιμετωπίζουν πρόβλημα πρόσβασης στην

φαρμακευτική θεραπεία, ενώ από το 2013 στο 2014 αυξήθηκε το ποσοστό των ασθενών που δηλώσαν διακοπή λόγω υψηλού κόστους της υπολιπιδαιμικής φαρμακευτικής αγωγής, από 13% σε 16,5%.

* * *

Βιβλιογραφία

1. IOBE 2014. Παρατηρητήριο οικονομικών της υγείας: «Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα. Γεγονότα και στοιχεία 2013», 2014.
2. Τούντας Γ. Τι πρέπει να αλλάξει στο φάρμακο, Βήμα της Κυριακής, 04/11/2012.
3. Virus.com.gr. Νεγκής Α. Ανένδοτος ο Καρόνε για το φάρμακο, Editorial, 2016 (cited 2016 Jan 12). Available from: <http://virus.com.gr/anendotos-o-karone-gia-to-farmako>
4. Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index (ECHI), 2015. Report. (2016-01-26). Available from: <http://www.healthpowerhouse.com/index.php?Itemid=55>
5. Τούντας Γ. Το φάρμακο στα χρόνια του μνημονίου, Βήμα της Κυριακής, 10/03/2013.
6. ΙΚΠΙ 2014. Η Επίδραση της Μείωσης της Φαρμακευτικής Δαπάνης στα Δημόσια Έσοδα, Αθήνα.
7. Σουλιώτης Κ. Μια (επαναλαμβανόμενη) πρόταση για την αναμόρφωση της πολιτικής φαρμάκου στην Ελλάδα, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 30(5), 2013.
8. Μανίας Ν., Ανακοίνωση στο 11ο Πανελλήνιο Συνέδριο για τη Διοίκηση, τα Οικονομικά και τις Πολιτικές της Υγείας, 2015. ΕΣΔΥ.
9. Eurostat, 2015. Βάση Δεδομένων PRODCOM
10. Virus.com.gr. Αγγουρίδη Β., Νέοι Στόχοι Συνταγογράφησης Γενοσήμων-Πέναλτι και Εξαιρέσεις. 2016. Available from: <http://virus.com.gr/nei-stochi-sintagografis-genosimon-penalti-ke-exerisis/>
11. Hellas Health VI, Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ), Μάιος 2015.
12. Souliotis K., Papageorgiou M., Politi A., Ioakeimidis D., Sidiropoulos P: "Barriers to accessing biologic treatment for rheumatoid arthritis in Greece: the unseen impact of the fiscal crisis-the Health Outcomes Patient Environment (HOPE) study". *Rheumatology International*, 2013; Sep 22.
13. Σουλιώτης Κ. και συν. (2014) Αξιολόγηση των συνθηκών διαβίωσης και της πρόσβασης των ασθενών με καρκίνο στις υπηρεσίες υγείας, The HOPE IV Study, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου και Σύλλογος Καρκινοπαθών Εθελοντών Φίλων και Ιατρών Αθηνών (ΚΕΦΙ), Αθήνα.
14. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Δελτίο Τύπου Έρευνα Υγείας Έτος 2014.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Πειραιάς: Ελληνική Δημοκρατία, Ελληνική Στατιστική Αρχή; 2015

15. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Συνθήκες Διαβίωσης στην Ελλάδα.

Αθήνα: Ελληνική Δημοκρατία, Ελληνική Στατιστική Αρχή; 2015

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

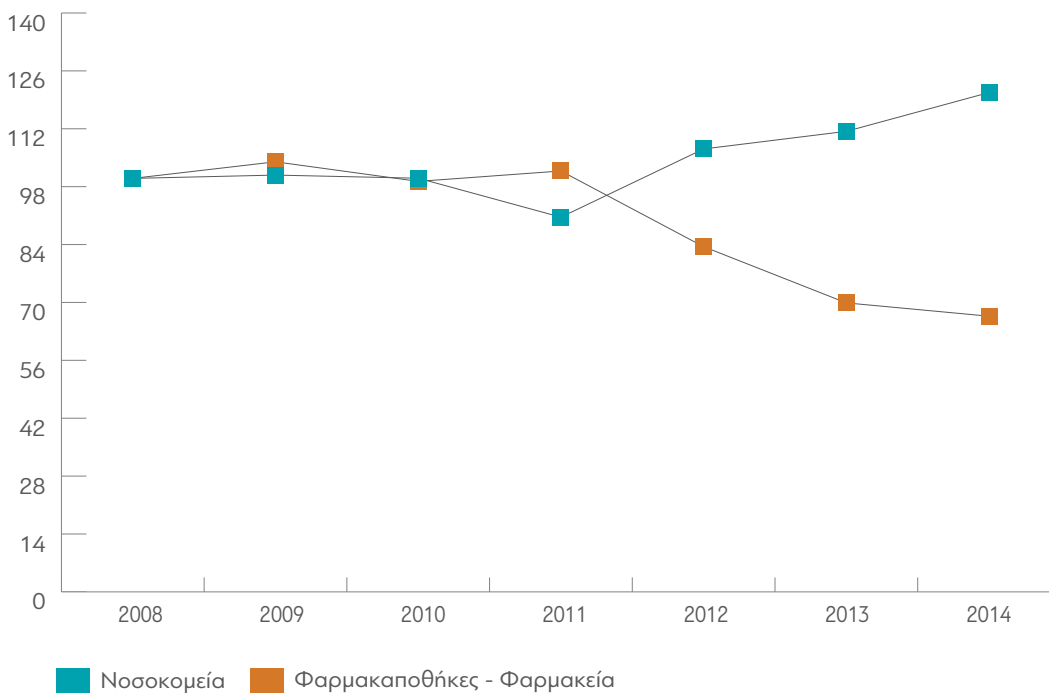
ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Παράρτημα: Δεδομένα ΕΟΦ

Ο Ε.Ο.Φ, αναρτά σταθερά εδώ και μερικά χρόνια τα δεδομένα των πωλήσεων του συνόλου των οριζόμενων ως «φάρμακα», διαχωρίζοντας τις κρατικές αγορές («Πωλήσεις προς Νοσοκομεία») και τους ιδιώτες χρήστες (ιδιώτες παρόχους ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών) και μεταπωλητές («Πωλήσεις προς Φαρμακαποθήκες-Φαρμακεία»). Αντίστοιχα, οι αξίες είναι σε ειδικές τιμές (Νοσοκομεία-προ Φ.Π.Α) και στις τελικές (λιανικές) τιμές για το υπόλοιπο.

ΠΩΛΗΣΕΙΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ							
3. Μέση Τιμή (3)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
3.1 Νοσοκομεία	100,00	100,80	100,47	90,62	107,12	111,38	120,76
3.2 Φαρμακαποθήκες-Φαρμακεία	100,00	104,01	99,28	101,79	83,48	69,89	66,67

Πηγή: Ε.Ο.Φ



Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

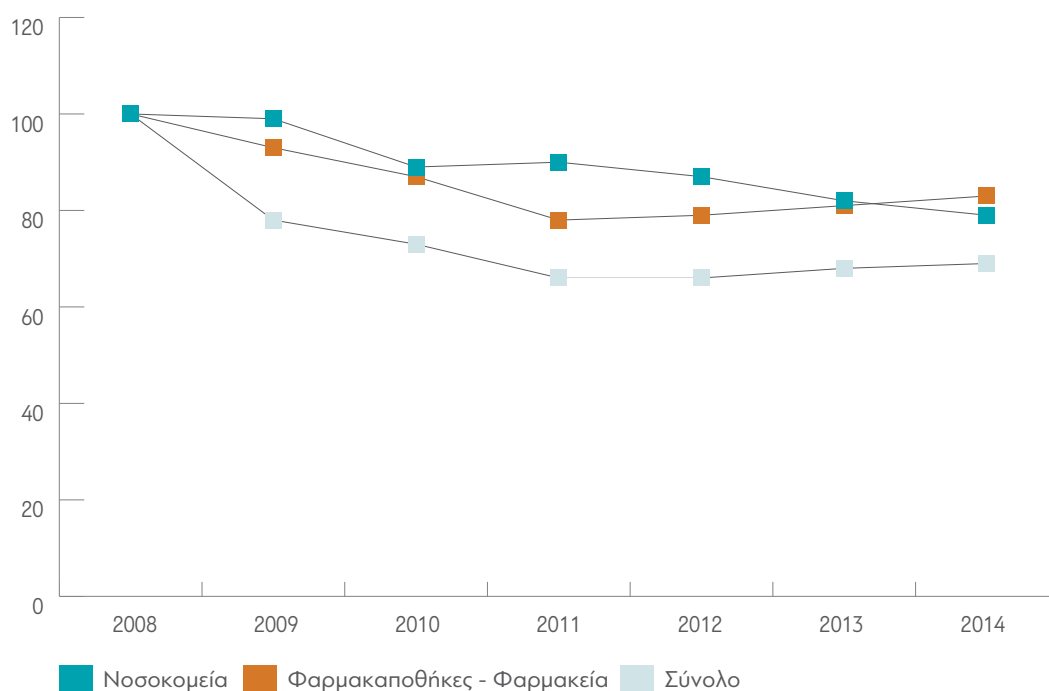
1. Αξία	2000-4	2004-8	2000-8	2008-12	2012-14	2000-14
1.1 Νοσοκομεία (1)	89.40%	75.03%	231.50%	-7.14%	2.78%	216.39%
1.2 Φαρμακαποθήκες-Φαρμακεία (2)	93.60%	57.14%	204.22%	-29.71%	-15.83%	79.98%
(1) Σε νοσοκομειακές τιμές προ Φ.Π.Α.						
(2) Σε λιανικές τιμές						

2. Όγκος	2008-12	2012-14	2008-14
2.1 Νοσοκομεία	-13.33%	-8.82%	-20.97%
2.2 Φαρμακαποθήκες-Φαρμακεία	-20.84%	4.63%	-17.17%
2.3 Σύνολο	-19.61%	2.26%	-17.80%

3. Μέση τιμή	2008-12	2012-14	2008-14
3.1 Νοσοκομεία	7.12%	12.73%	20.76%
3.2 Φαρμακαποθήκες-Φαρμακεία	-16.52%	-20.14%	-33.33%

ΠΩΛΗΣΕΙΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ							
2. Όγκος (2008=100)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
2.1 Νοσοκομεία	100	99	89	90	87	82	79
2.2 Φαρμακαποθήκες-Φαρμακεία	100	93	87	78	79	81	83
2.3 Σύνολο	100	78	73	66	66	68	69

Πηγή: Ε.Ο.Φ

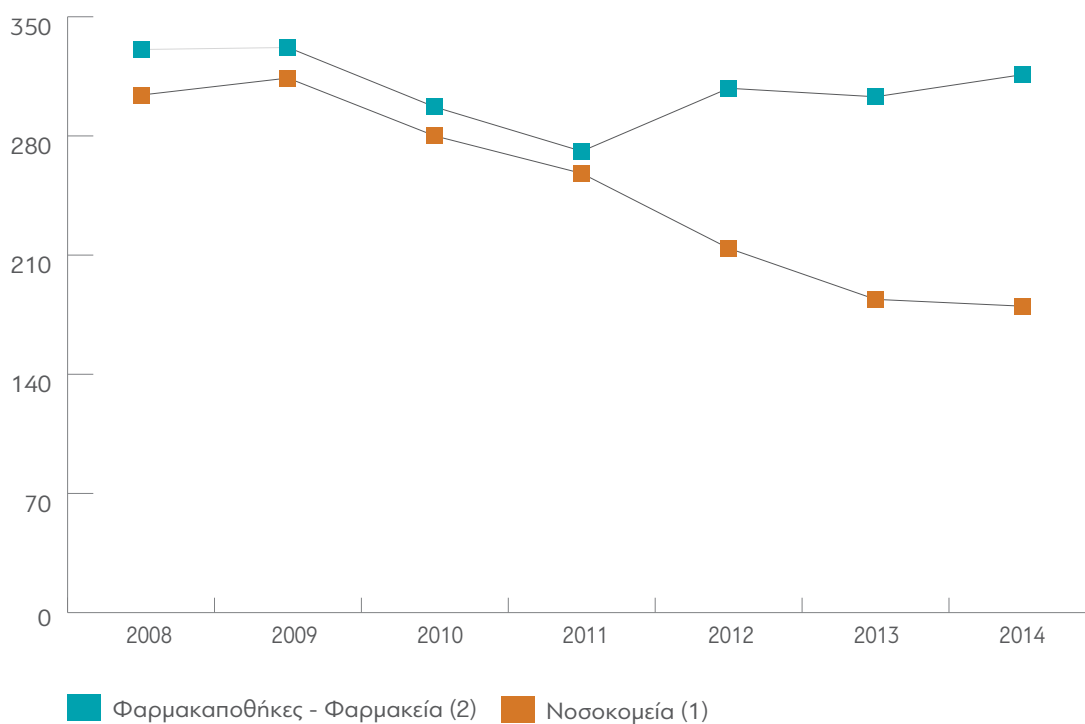


Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

ΠΩΛΗΣΕΙΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ							
1.Αξία (2000=100)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1.1 Νοσοκομεία (1)	331	332	297	271	308	303	316
1.2 Φαρμακαποθήκες-Φαρμακεία (2)	304	314	280	258	214	184	180

Πηγή: Ε.Ο.Φ

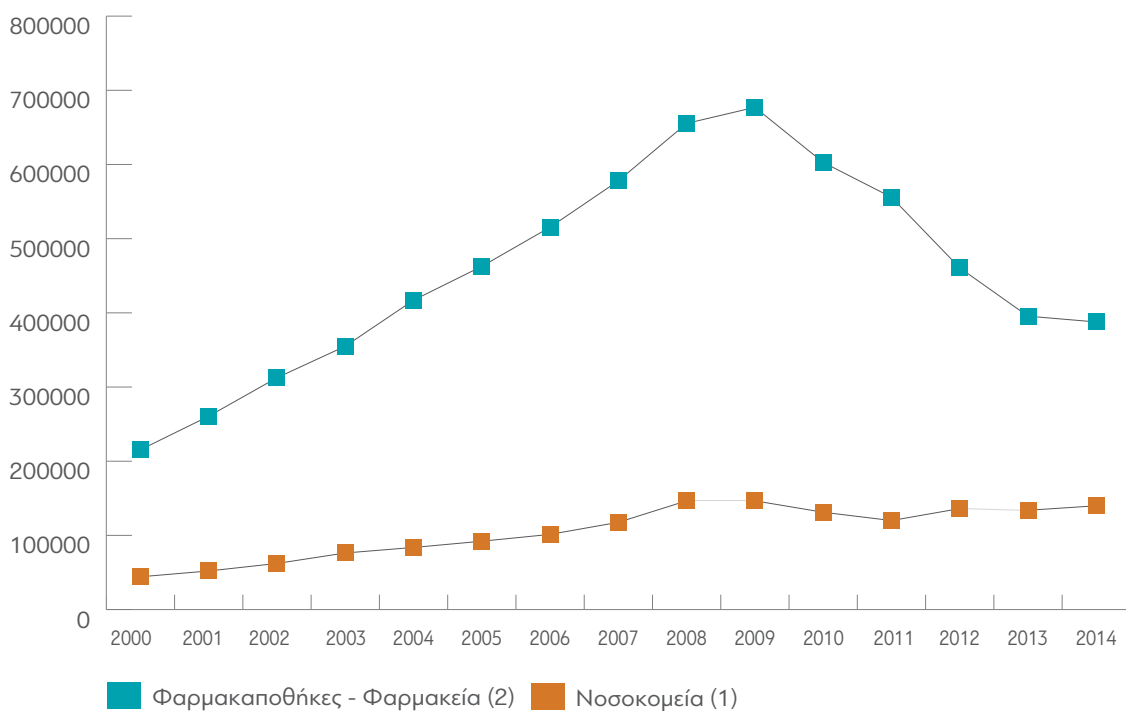


Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

ΠΩΛΗΣΕΙΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ								
1.Αξίες (000 €)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1.1 Νοσοκομεία (1)	442.182	520.538	621.858	762.913	837.497	921.387	1.013.652	1.176.371
1.2 Φαρμακαποθήκες -Φαρμακεία (2)	2.154.311	2.606.864	3.125.288	3.550.127	4.170.777	4.626.871	5.154.708	5.779.691
1.Αξίες (000 €)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
1.1 Νοσοκομεία (1)	1.465.830	1.466.038	1.311.981	1.200.192	1.361.177	1.338.686	1.399.003	216.39%
1.2 Φαρμακαποθήκες -Φαρμακεία (2)	6.553.796	6.770.607	6.028.317	5.558.653	4.606.465	3.955.002	3.877.258	79.98%

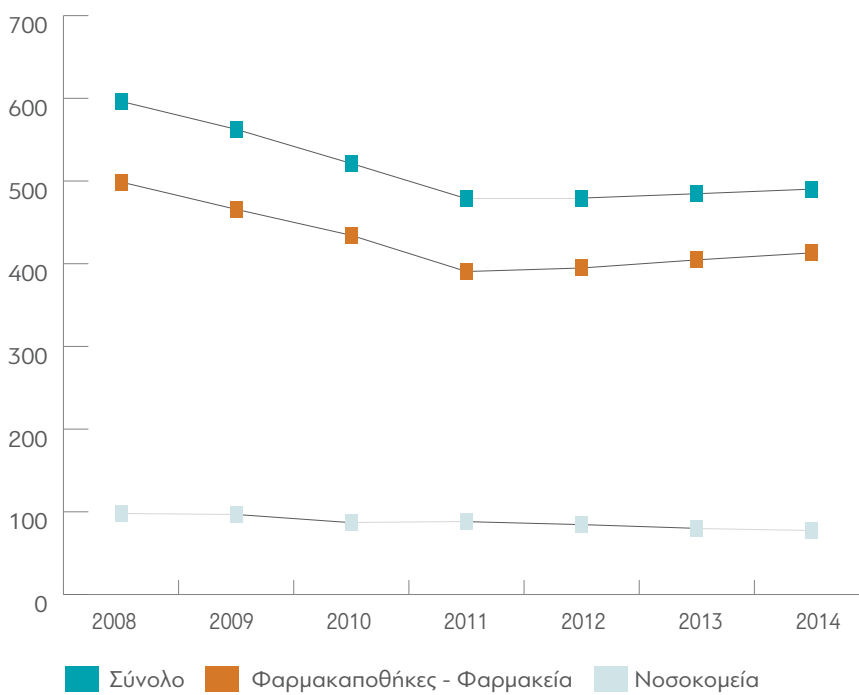
Πηγή: Ε.Ο.Φ



Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

2.Όγκος(συσκευασίες,σε 000 τμκ)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
2.1 Νοσοκομεία	97.531	96.771	86.883	88.113	84.526	79.988	77.075
2.2 Φαρμακαποθήκες-Φαρμακεία	498.796	465.752	434.316	390.555	394.838	404.644	413.135
2.3 Σύνολο	596.327	562.523	521.199	478.668	479.364	484.632	490.210



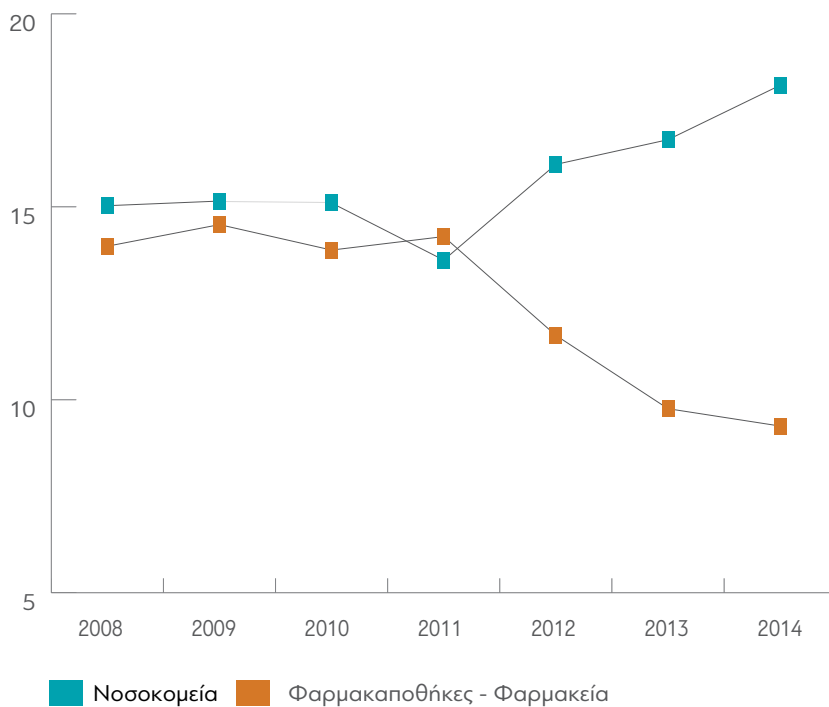
Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

ΔΕΙΚΤΗΣ ΒΡΕΦΙΚΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ

2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
4,0	4,1	3,8	3,7	3,6	2,7	3,1	3,8	3,4	2,9	3,7	3,7

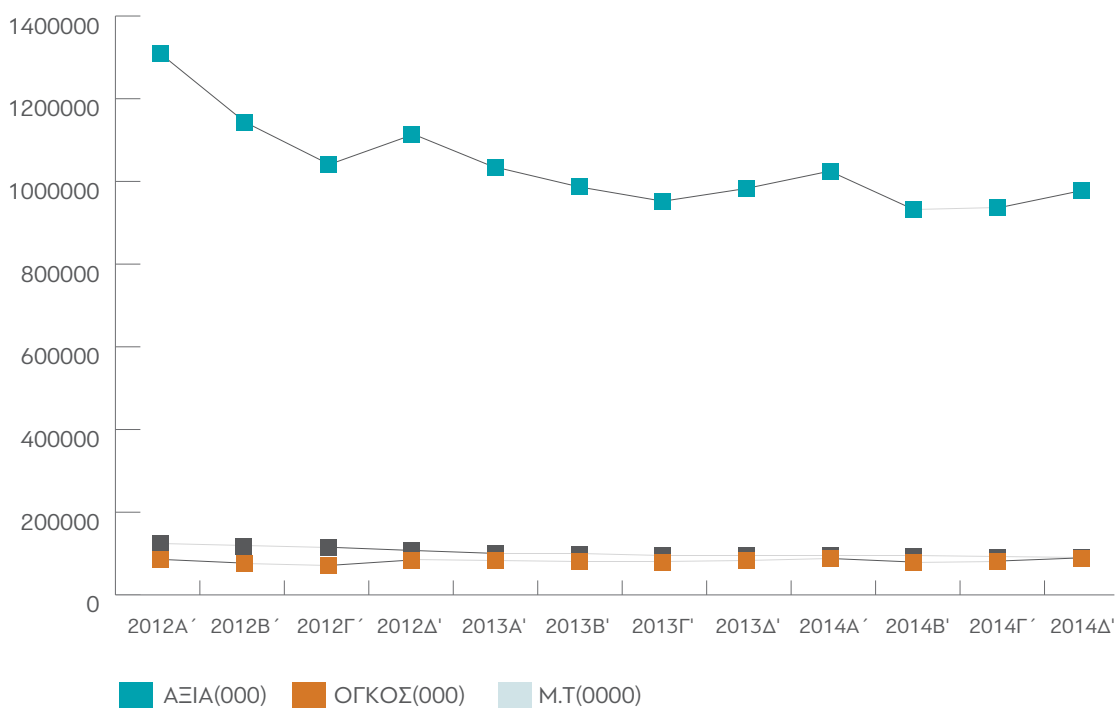
3. Μέση Τιμή (3)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
3.1 Νοσοκομεία	15,03	15,15	15,10	13,62	16,10	16,74	18,15
3.2 Φαρμακαποθήκες - Φαρμακεία	13,98	14,54	13,88	14,23	11,67	9,77	9,32



Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ	2012Α'	2012Β'	2012Γ'	2012Δ'	2013Α'	2013Β'	2013Γ'	2013Δ'	2014Α'	2014Β'	2014Γ'	2014Δ'
ΑΞΙΑ(000)	1.308.324	1.143.246	1.041.069	1.113.826	1.033.129	986.710	952.096	983.067	1.024.814	931.752	936.072	984.620
ΟΓΚΟΣ(000)	105.048	95.967	90.249	103.573	102.963	99.638	99.369	102.673	107.211	98.528	100.916	109.481
Μ.Τ(0000)	124.545	119.129	115.355	107.540	100.340	99.029	95.814	95.747	95.589	94.567	92.758	89.935



Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Οι Πωλήσεις σε αξία

Σε τιμές του εκάστοτε Δελτίου Τιμών Φαρμάκων, οι πωλήσεις προς τα –κρατικά- Νοσοκομεία, έφθασαν το 2014, το 1,4 δις ευρώ. Το ύψος αυτό είναι περίπου το 95% της διετίας 2008-9. Σημειώστε πως, στις πωλήσεις δεν συμπεριλαμβάνεται η αξία των εμβολίων για τον ιό λόγω απευθείας προμήθειας από το Υπ.Υγείας. Το τι ακριβώς «παίχτηκε» εκείνη την περίοδο, περιττεύει να το αναφέρουμε. Το ίδιο διαστημα, οι πωλήσεις προς ιδιώτες & μεταπωλητές, υποχώρησαν κατά 40-42% έναντι της 2ετίας 2008-9. Συνοπτικά, σε βάθος 15ετίας (2010-14), τα νοσοκομεία ακολούθησαν μιαν σταθερά ανοδική πορεία, όπως τουλάχιστον εμφανίζεται. Ενδεικτικά, η μεταβολή (σε τρέχουσες τιμές) στο επίμαχο διάστημα είναι της τάξης του 216%. Αντίθετα, οι λοιπές πωλήσεις αυξήθηκαν, πάντοτε σε τρέχουσες τιμές (Δ.Τ.Φ), μόνον κατά 80%. (βλ. πίνακα).

1.Αξία	2000-4	2004-8	2000-8	2008-12	2012-14	2000-14
1.1 Νοσοκομεία (1)	89.40%	75.03%	231.50%	-7.14%	2.78%	216.39%
1.2 Φαρμακαποθήκες-Φαρμακεία (2)	93.60%	57.14%	204.22%	-29.71%	-15.83%	79.98%
(1) Σε νοσοκομειακές τιμές προ Φ.Π.Α.						
(2) Σε λιανικές τιμές						

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Οι πωλήσεις σε όγκο

Με τα διαθέσιμα δημόσια δεδομένα (2008-14), η συνολική μεταβολή του όγκου των πωλήσεων στο διάστημα της επταετίας ήταν -17,8%. Αντίστοιχα, ο κρατικός νοσηλευτικός χώρος περιόρισε τις αγορές του κατά 21% και οι λοιποί «πελάτες» κατά 17,2%.

Λαμβάνοντας υπόψη πως στο ίδιο διάστημα, τα κρατικά νοσοκομεία και οι πάροχοι πρωτοβάθμιας περίθαλψης έχουν υποδεχθεί, εξετάσει, νοσηλεύσει και γενικά αντιμετωπίσει αυξημένο αριθμό περιστατικών, μπορούμε να εξάγουμε θετικά κριτικά συμπεράσματα; Η αντικειμενική κρίση θα προέλθει –ίσως- από την συνέχεια του σημειώματος.

2.Όγκος	2008-12	2012-14	2008-14
2.1 Νοσοκομεία	-13.33%	-8.82%	-20.97%
2.2 Φαρμακαποθήκες-Φαρμακεία	-20.84%	4.63%	-17.17%
2.3 Σύνολο	-19.61%	2.26%	-17.80%

ΣΤ5. Εμβολιαστική Κάλυψη

ΣΤ5.1. Παιδικός Πληθυσμός

Η Ελλάδα είχε και έχει πολύ καλή κάλυψη στον παιδικό πληθυσμό. Γίνονται ωστόσο, αρκετές συζητήσεις σε ποιο βαθμό η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την εμβολιαστική κάλυψη αυτή την περίοδο και υπάρχουν αρκετές σχετικές αναφορές, όμως δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία. Η έγκαιρη διενέργεια των εμβολιασμών ίσως να αντανακλά ποσοτικά το βαθμό που η οικονομική κρίση επηρέασε μια από τις βασικές στρατηγικές πρωτογενούς πρόληψης. Ωστόσο, το καλό γενικό επίπεδο εμβολιασμού συνιστά ευνοϊκό σημείο έναρξης για την αντιμετώπιση των προβλημάτων στον εμβολιασμό των παιδιών που μπορεί στο μέλλον να μεγεθυνθούν με την αναμενόμενη αύξηση των ανασφάλιστων και φτωχών οικογενειών κατά την τρέχουσα οικονομική και κοινωνική κρίση της χώρας.

Μελέτη της ΕΣΔΥ¹ έγινε το 2012 σε εθνικό αντιπροσωπευτικό δείγμα 1046 μαθητών Α' Δημοτικού (αναλογία απόκρισης 83,7%), για τους οποίους συλλεχτήκαν πληροφορίες εμβολιασμού από το Βιβλιάριο Υγείας ή την κάρτα εμβολίων. Το 84% των παιδιών του δείγματος ανήκαν στο γενικό πληθυσμό (όχι σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα) και 13% ανήκαν σε οικογένειες μεταναστών (3% των παιδιών ανήκαν σε άλλες ειδικές ομάδες του πληθυσμού). Η μέση ηλικία των παιδιών που συμμετείχαν σ' αυτήν ήταν 6,8 έτη (έτος γέννησης κυρίως το 2005).

Η μελέτη του ΚΕ.Ε.ΛΠΝΟ (2,3,4) έγινε το 2013, σε εθνικό αντιπροσωπευτικό δείγμα παιδιών προσχολικής ηλικίας 2-3 ετών που παρακολουθούσαν βρεφονηπιακό - παιδικό σταθμό. Συμμετείχαν 2.536 παιδιά που γεννήθηκαν το 2011 και αποτυπώνουν έμμεσα και την επίπτωση της οικονομικής κρίσης στο χώρο των εμβολίων. Συνοπτικά, τα αποτελέσματα των μελετών παρουσιάζονται στον πίνακα 1¹⁻⁴.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Πίνακας 1: Αποτελέσματα πανελλαδικών μελετών εμβολιαστικής κάλυψης το 2006, 2012 και 2013

Εμβόλιο – δόση	Εμβολιασμένων % 2006 (ΚΕ.Ε.ΛΠΝΟ)	Εμβολιασμένων % 2012 (ΕΣΔΥ)	Εμβολιασμένων % 2013 (ΚΕ.Ε.ΛΠΝΟ)
Διφθερίδα-Τέτανος-Κοκκύτης, 3 δόσεις έως 1 έτους	93.6	94	95.7
Διφθερίδα-Τέτανος-Κοκκύτης, 4 δόσεις έως 2 ετών	80.2	83	86.4
Διφθερίδα-Τέτανος-Κοκκύτης, 4 δόσεις σε οποιοδήποτε ηλικία < 6 ετών	98.9	99	95.8
Διφθερίδα-Τέτανος-Κοκκύτης, 5 δόσεις σε οποιοδήποτε ηλικία < 6 ετών	91.3	90	τα παιδιά ήταν <2 ετών
Πολιομυελίτιδα, 3 δόσεις έως 1 έτους	91	98	99.5
Πολιομυελίτιδα, 4 δόσεις έως 2 ετών	78	96	95.8
MMR, 1 δόση έως 2 ετών	87.7	91	94.5
MMR, 1 δόση σε οποιαδήποτε ηλικία <6,7 ετών	99.2	99	97.3
MMR, 2 δόσεις σε οποιαδήποτε ηλικία <6,7 ετών	46	83	τα παιδιά ήταν <2 ετών
Ηπατίτιδα Β, 3 δόσεις σε οποιαδήποτε ηλικία	95.5	98	96.2
Αιμόφιλου γνφλουέντσας b, ολοκλήρωση πρωτογενούς σειράς εμβολιαστικού σχήματος	71	77	95.7
Μηνιγγιτιδόκοκκου C, τουλάχιστον μια δόση σε οποιαδήποτε ηλικία <6,7 ετών	72	97	99.7
PCV πλήρως εμβολιασμένα στους 12 μήνες	-	94	82.3
PCV πλήρως εμβολιασμένα στους 24 μήνες	-	4	84.5

Πηγή: Παναγιωτόπουλος 2006, 2012 και Γεωργακοπούλου 2013

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Όπως φαίνεται στον πίνακα 1, το 2013 αυξημένα παρουσιάζονται τα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης για την διφθερίτιδα – τέτανο – κοκκύτη για τις 3 και τις 4 δόσεις, με 95,7% και 86,4% σε σχέση με το 2012 και το 2006, όπου τα ποσοστά ήταν 94%, 83% και 93,6%, 80,2% αντίστοιχα. Παρόμοια υψηλά ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης βρεθήκαν και για τον εμβολιασμό για πολιομυελίτιδα. Συγκεκριμένα, η εμβολιαστική κάλυψη με 3 δόσεις έως 1 έτους και με 3 δόσεις έως 2 ετών ήταν 99,5% και 95,8% για το 2013, με τα ποσοστά για το 2012 να είναι 98% και 96% και για το 2006, 91% και 78% αντίστοιχα. Αναφορικά με τον εμβολιασμό για την ιλαρά, ερυθρά και παρωτίτιδα, αυξημένη παρουσιάζεται το 2013 η εμβολιαστική κάλυψη για τη 1 δόση σε παιδιά έως 2 ετών (94,5%) σε σχέση με το 2012 (91%), σε αντίθεση με τη 1 δόση του εμβολίου σε οποιαδήποτε ηλικία μικρότερη των 6 ή 7 ετών, όπου το 2012 το ποσοστό ήταν ελαφρώς πιο αυξημένο (99%) συγκριτικά με το 2013 (97,3%).

Σχετικά με την ηπατίτιδα, με 3 δόσεις του εμβολίου εμβολιάστηκε το 2012 το 98% των παιδιών οποιασδήποτε ηλικίας, με τα ποσοστά να είναι ελαφρώς χαμηλότερα για το 2013 με 96,2%. Όσον αφορά το εμβόλιο για τον αιμόφιλο ινφλουέντσας b, το ποσοστό των παιδιών που εμβολιάστηκαν το 2013 ανέρχεται στο 95,7%, παρουσιάζοντας πολύ μεγάλη αύξηση συγκριτικά με το 2012 και 2006 όπου τα ποσοστά των παιδιών που εμβολιάστηκαν ήταν 77% και 71% αντίστοιχα.

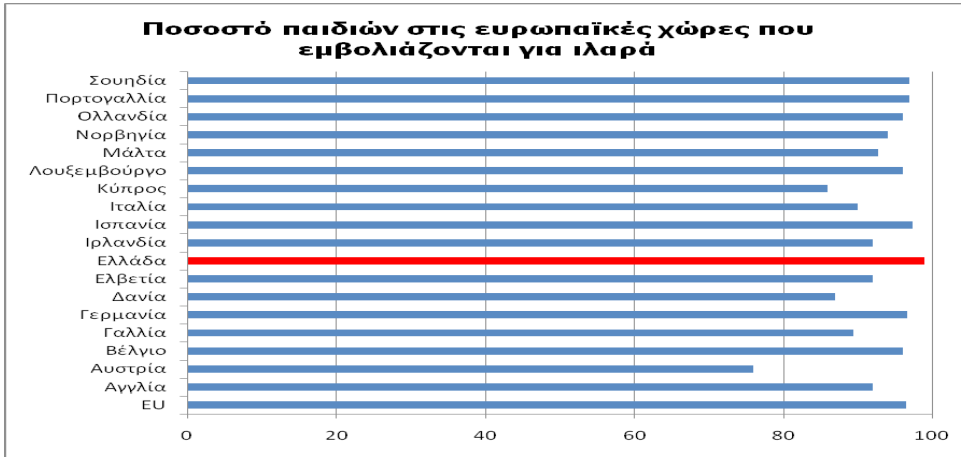
Επίσης, ο εμβολιασμός για τον μηνιγγιτιδόκοκκο ήταν ιδιαίτερα αυξημένος τόσο για το 2012 και το 2013 (97% και 99,7%) με το αντίστοιχο ποσοστό το 2006 να ανέρχεται μόλις στο 72%. Τέλος, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα στοιχεία για τον εμβολιασμό του πνευμονιόκοκκου, ο οποίος εισήχθη στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών το 2008. Ειδικότερα, το 2012 το ποσοστό των παιδιών έως 12 μηνών που είχε εμβολιαστεί με μία δόση ήταν 94% ενώ το 2013 ήταν 82,3%, παρουσιάζοντας μείωση κατά 7,7%, με την χορήγηση της αναμνηστικής δόσης μέχρι τα 2 έτη για το 2013 να είναι 84,5%.

Συγκριτικά με την Ευρώπη ο παιδικός πληθυσμός της Ελλάδος είναι επαρκώς εμβολιασμένος με τα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης να υπερéχουν του μέσου όρου των χωρών της Ευρώπης π.χ. για το εμβόλιο της ιλαράς η εμβολιαστική κάλυψη για την πρώτη δόση είναι από τις υψηλότερες της Ευρώπης (Σχήμα 1)⁵.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Σχήμα 1: Ποσοστό παιδιών στην Ευρώπη που εμβολιάζονται για ιλαρά



Πηγή: WHO, European Health for All Database, 2014

Για το άμεσο μέλλον ο λόγος που μπορεί να εμποδίζει τον έγκαιρο εμβολιασμό δεν είναι μόνο η οικονομική κρίση αλλά και ο βαθμός ελλιπούς ενημέρωσης των γονέων. Στην Πανελλήνια Έρευνα Υγείας Hellas Health V (2013)⁶, που διεξήχθη από το Ινστιτούτο Κοινωνικής & Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ) καταδείχθηκαν τα εξής: Το 60% των συμμετεχόντων θεωρούν ότι ο κίνδυνος ανεπιθύμητων ενεργειών από τον εμβολιασμό είναι μέτριος ή υψηλός, ενώ μόλις 55% των γονιών δήλωσαν πάρα πολύ ή αρκετά ενημερωμένοι για την αναγκαιότητα του εμβολιασμού και το 5% δήλωσε ότι δεν έχει καθόλου ενημέρωση. Η βελτίωση της ενημέρωσης με την ουσιαστική συμμετοχή των ίδιων των υγειονομικών θα κρατήσει την εμβολιαστική κάλυψη των Ελλήνων σε υψηλό επίπεδο.

Όσον αφορά τα παιδιά μέχρι 11 ετών, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ίδιας έρευνας (2013), το 91,3% των γονέων δήλωσαν ότι τα παιδιά τους έχουν εμβολιαστεί πλήρως όπως καθορίζει το πρόγραμμα βασικού εμβολιασμού. Το 65,4% των γονέων που έχουν παιδιά, είτε στην παιδική είτε στην εφηβική/μετεφηβική ηλικία, δήλωσε ότι τα οφέλη από τον εμβολιασμό υπερνικούν τους κινδύνους ενώ το 9,9% ανέφερε ότι οι κίνδυνοι είναι μεγαλύτεροι από τα οφέλη. Οι 7 στους 10 γονείς (70,2%) υποστήριξαν ότι ο παιδικός εμβολιασμός παρέχει υψηλό όφελος στην πρόληψη των ασθενειών και στην εξάπλωση των μεταδιδόμενων νοσημάτων, με μόνο το 9,3% να δηλώνει ότι θεωρεί τον κίνδυνο υψηλό από τις ανεπιθύμητες ενέργειες των εμβολίων. Σχετικά με τα οφέλη του εμβολιασμού, το 58,1% των γονέων δήλωσαν πάρα πολύ ή αρκετά

ενημερωμένοι ενώ το 51,9% υποστήριξαν ότι είναι σε μεγάλο βαθμό ενημερωμένοι σχετικά με τους κινδύνους που απορρέουν από τον εμβολιασμό. Ως κύρια πηγή ενημέρωσης των γονιών αναφορικά με τον εμβολιασμό, το 77% ανέφερε τον παιδίατρο που παρακολουθεί το παιδί ενώ 4 στους 10 (39,9%) υποστήριξαν ότι ενημερώνονται από το Internet.

Σχετικά με την αντιμετώπιση δυσκολιών στην προσπάθεια εμβολιασμού των παιδιών τους, μόνο το 8,1% των γονιών αντιμετώπισε κάποια ιδιαίτερη δυσκολία, με σημαντικότερες τη δυσκολία συνταγογράφησης του εμβολίου (35%), το κόστος του εμβολίου (29,7%) και την μεγάλη αναμονή μέχρι το ραντεβού (27,7%). Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι το 62,7% των γονέων δήλωσαν ότι υποχρεώθηκαν να πληρώσουν είτε πλήρως (23,7%) είτε μόνο τη συμμετοχή (38,7%) για να προμηθευτούν το εμβόλιο για το παιδί τους.

ΣΤ5.2. Ενήλικος Πληθυσμός

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Έρευνας Υγείας του 2014 της ΕΛΣΤΑΤ, το 29,1% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω εμβολιάστηκε κατά της γρίπης το 2014, το 3,4% το 2013, το 8,5% εμβολιάστηκε πριν τις 31/12/2012 και το 59,0% δεν έχει εμβολιαστεί ποτέ. Το ποσοστό του πληθυσμού που εμβολιάστηκε κατά της γρίπης κατά τη διάρκεια του έτους 2014, πριν τη διενέργεια της έρευνας, παρουσιάζει αύξηση 94%, συγκριτικά με το αντίστοιχο διάστημα της έρευνας του 2009, οπότε το ποσοστό του πληθυσμού που εμβολιάστηκε ανήλθε σε 15%⁷.

ΣΤ5.3. Συμπεράσματα

- Σε γενικές γραμμές, η εμβολιαστική κάλυψη των παιδιών στην Ελλάδα είναι πολύ υψηλή, και η εικόνα με βάση τα τελευταία δεδομένα του 2012 και 2013, βρέθηκε βελτιωμένη σε σχέση με τα δεδομένα της αντίστοιχης μελέτης του 2006.
- Στον γενικό πληθυσμό, υπάρχουν ελλείμματα στην κάλυψη κυρίως για το εμβόλιο MMR (π.χ. 2η δόση εμβολίου MMR). Επίσης, προβλήματα υπάρχουν στην ανοσοποίηση ειδικών ομάδων του πληθυσμού: η κάλυψη παιδιών που ανήκουν σε οικογένειες μεταναστών είναι γενικά καλή ή μετρία, ενώ αυτή των παιδιών από οικογένειες ελλήνων τσιγγάνων είναι γενικά μετρία ή χαμηλή.
- Τα ποσοστά εμβολιασμού για τη διφθερίτιδα – τέτανο – κοκκύτη για τις 3 (95,7%) και τις 4 δόσεις (86,4%) για το 2013, παρουσιάζουν διαχρονική αύξηση σε σχέση με το 2012 (94% και 83%) και 2006 (93,6%, 80,2%).
- Υψηλά είναι τα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης για την πολιομυελίτιδα για το 2013 και 2012, τόσο για τις 3 δόσεις έως 1 έτους όσο και για τις 3 δόσεις έως 2 ετών, με 99,5%, 95,8% το (2013) και 98% και 96% το (2012), παρουσιάζοντας αύξηση με τα αντίστοιχα ποσοστά του 2006 (91% και 78%).

- Σχετικά με τον εμβολιασμό για την ιλαρά, ερυθρά και παρωτίτιδα, παρατηρείται αύξηση το 2013 (94,5%) στην εμβολιαστική κάλυψη για τη 1 δόση σε παιδιά έως 2 ετών σε σχέση με το 2012 (91%), σε αντίθεση με τη 1 δόση του εμβολίου σε οποιαδήποτε ηλικία μικρότερη των 6 ή 7 ετών, όπου από 99% το 2012 μειώνεται στο 97,3% για το 2013.
- Ελαφρώς χαμηλότερα παρουσιάζονται τα ποσοστά για τον εμβολιασμό της ηπατίτιδας το 2013 σε σχέση με το 2012 (96,2% έναντι 98%).
- Ιδιαίτερα μεγάλη αύξηση παρατηρείται στον εμβολιασμό για τον αιμόφιλο ινφλουέντσας b, όπου από 71% το 2006 και 77% το 2012, ανέρχεται στο 95,7% για το 2013.
- Πολύ μεγάλη εμβολιαστική κάλυψη για τα έτη 2012 και 2013 παρατηρείται αναφορικά με το εμβόλιο του μηνιγγιτιδόκοκκου (97% και 99,7%), με το αντίστοιχο ποσοστό το 2006 να είναι μόλις 72%.
- Μείωση 7,7% μεταξύ 2012 και 2013, παρατηρείται στον εμβολιασμό για τον πνευμονιόκοκκο για παιδιά έως 1 έτους, όπου από 94% το 2012 πέφτει στο 82,3% για το 2013.
- Σύμφωνα με τα στοιχεία της Έρευνας Υγείας του 2014 της ΕΛΣΤΑΤ, το ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω που εμβολιάστηκε κατά της γρίπης κατά τη διάρκεια του έτους 2014 παρουσιάζει αύξηση 94%, συγκριτικά με το 2009.

* * *

Βιβλιογραφία

1. Παναγιωτόπουλος και συν. Εθνική μελέτη κατάστασης εμβολιασμού των παιδιών στην Ελλάδα, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας; 2012 [accessed 2015 Apr 22]. Available from: http://www.nsph.gr/files/011_Ygeias_Paidiou/Ereunes/ekthesi_emvolia_2012.pdf
2. Γεωργακοπούλου και συν. Πανελλαδική Μελέτη εμβολιαστικής κάλυψης έναντι διφθερίτιδας-τετάνου-κοκκύτη, πολιομυελίτιδας και αιμοφίλου ινφλουέντσας τύπου b σε παιδιά βρεφονηπιακών σταθμών ηλικίας 2-3 ετών (poster). 52ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Ρόδος 2014.
3. Γεωργακοπούλου και συν. Πανελλαδική Μελέτη εμβολιαστικής κάλυψης έναντι ιλαράς-ερυθράς-παρωτίτιδας σε παιδιά βρεφονηπιακών σταθμών ηλικίας 2-3 ετών (poster). 52ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Ρόδος 2014.
4. Γεωργακοπούλου και συν. Πανελλαδική Μελέτη εμβολιαστικής κάλυψης έναντι πνευμονιόκοκκου σε παιδιά βρεφονηπιακών σταθμών ηλικίας 2-3 ετών (poster). 52ο Πανελλήνιο παιδιατρικό Συνέδριο, Ρόδος 2014.
5. European health for all database (HFA-DB). 2014 [accessed 2015 Apr 21]. Διαθέσιμο στο: <http://data.euro.who.int/hfad/>
6. ΙΚΠΙ. Hellas Health V. Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών; 2013.

7. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Δελτίο Τύπου Έρευνα Υγείας: Έτος 2014. Πειραιάς: Ελληνική Δημοκρατία, Ελληνική Στατιστική Αρχή; 2015

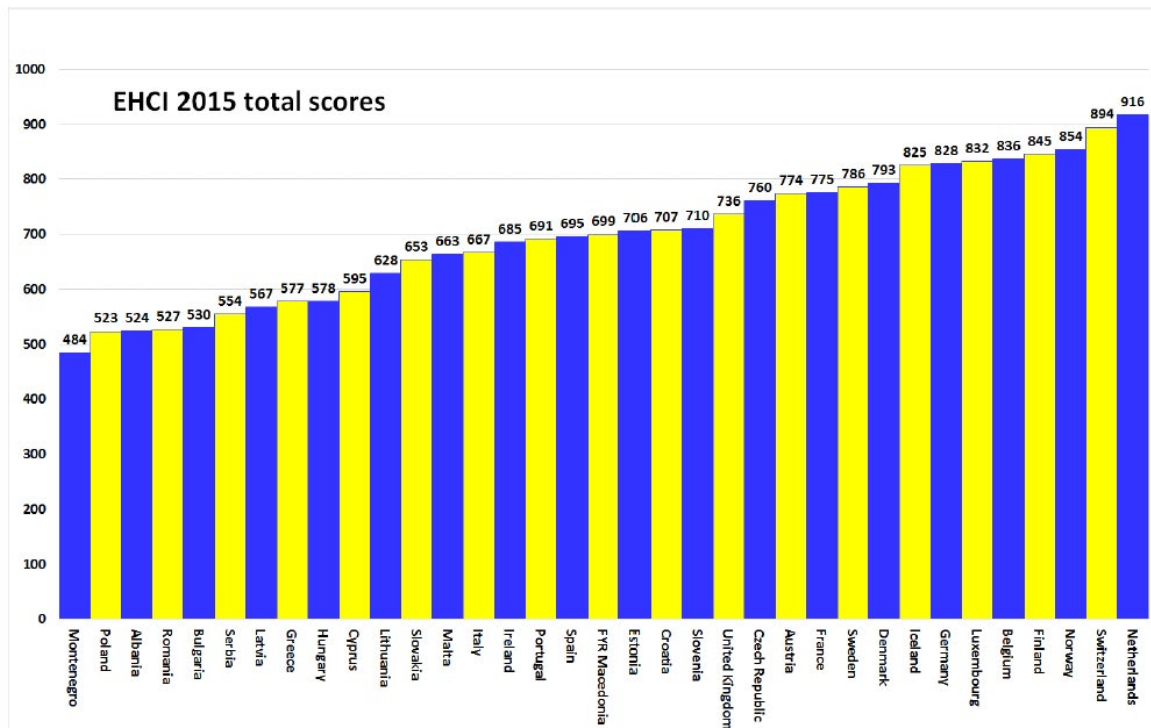
Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

ΣΤ6. Η Αξιολόγηση του Συστήματος Υγείας

Σύμφωνα με τα στοιχεία της ετήσιας μελέτης Euro Health Consumer Index (ECHI), η οποία αξιολογεί τα συστήματα υγείας 35 ευρωπαϊκών χωρών βάσει 48 δεικτών, η Ελλάδα το 2015 κατείχε την 28η θέση με 577 βαθμούς (άριστα οι 1.000), ενώ το 2012 κατείχε την 22η θέση, το 2013 την 25η θέση και το 2014 την 28η θέση. Το 2015 χειρότερη επίδοση από την Ελλάδα είχαν η Λετονία, η Σερβία, η Βουλγαρία, η Ρουμανία, η Αλβανία, η Πολωνία και το Μαυροβούνιο, ενώ τα Σκόπια βρίσκονταν στην 18η θέση της κατάταξης σύμφωνα με τον Σχήμα 1¹.

Σχήμα 1: Αξιολόγηση των συστημάτων υγείας 35 ευρωπαϊκών χωρών το 2015



Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Οι επιμέρους επιδόσεις της Ελλάδας φαίνονται στον πίνακα 2, όπου με πράσινο χρώμα είναι οι καλές επιδόσεις, κίτρινο οι μέτριες και κόκκινο οι κακές. Από τις καλές επιδόσεις ξεχωρίζουν η άμεση πρόσβαση σε ιατρικές ειδικότητες, η μείωση της θνησιμότητας από εγκεφαλικά, η μείωση της βρεφικής θνησιμότητας, ο παιδικός εμβολιασμός, η μειωμένη συχνότητα υπερτασικών και η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ. Αντίθετα, στις αρνητικές επιδόσεις ξεχωρίζουν πολλά από τα κριτήρια στην πληροφόρηση και στα δικαιώματα των ασθενών, οι οικογενειακοί γιατροί, οι λίστες αναμονής στους καρκινοπαθείς, η επιβίωση των καρκινοπαθών, οι ενδοοσοκομειακές λοιμώξεις, οι κοινωνικές ανισότητες στην πρόσβαση, οι παράνομες πληρωμές, το κάπνισμα, η έλλειψη φυσικής άσκησης, οι θάνατοι από τροχαία, η καθυστερημένη εισαγωγή καινοτόμων φαρμάκων και η υψηλή κατανάλωση φαρμάκων, κυρίως αντιβιοτικών.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Πίνακας 2: Δείκτης Καταναλωτών Eurohealth (2015)

EuroHealth Consumer Index 2015		Albania	Austria	Belgium	Bulgaria	Croatia	Cyprus	Czech Republic	Denmark	Estonia	Finland	France	F.R. Macedonia	Germany	Greece	Hungary	Iceland	Ireland	
1. Patient rights and information	1.1 Healthcare law based on Patients' Rights	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.2 Patient organisation involvement	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.3 No-fault malpractice insurance	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.4 Right to second opinion	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.5 Access to own medical record	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.6 Registry of <i>bona fide</i> doctors	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.7 Web or 24/7 telephone HC info	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.8 Cross-border care seeking freely allowed	n.a.p.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.p.	👍	👍	👍	n.a.p.	👍	👍
	1.9 Provider catalogue with quality ranking	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.10 EPR penetration	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.11 On-line booking of appointments?	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.12 e-prescriptions	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	Subdiscipline weighted score		88	121	117	75	129	88	86	133	129	129	113	142	125	75	88	133	98
	2. Accessibility (waiting times for treatment)	2.1 Family doctor same day access	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
2.2 Direct access to specialist		👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
2.3 Major elective surgery <90 days		👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
2.4 Cancer therapy <21 days		👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
2.5 CT scan < 7 days		👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
2.6 A&E waiting times		👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
Subdiscipline weighted score		163	188	225	150	175	125	213	138	163	150	188	213	188	125	125	163	100	
3. Outcomes	3.1 Decrease of CVD deaths	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.2 Decrease of stroke deaths	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.3 Infant deaths	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.4 Cancer survival	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.5 Potential Years of Life Lost	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.6 MRSA infections	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.7 Abortion rates	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.8 Depression	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
Subdiscipline weighted score		125	188	198	125	156	177	177	219	188	229	208	104	229	167	125	240	208	
4. Range and reach of services provided	4.1 Equity of healthcare systems	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	4.2 Cataract operations per 100 000 age 65+	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	4.3 Kidney transplants per million pop.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	4.4 Dental care included in public healthcare?	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	4.5 Informal payments to doctors	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	4.6 Long term care for the elderly	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	4.7 % of dialysis done outside of clinic	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	4.8 Caesarean sections	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
Subdiscipline weighted score		50	119	131	66	119	81	125	138	106	144	106	81	94	69	94	125	94	
5. Prevention	5.1 Infant B-disease vaccination	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	5.2 Blood pressure	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	5.3 Smoking Prevention	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	5.4 Alcohol	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	5.5 Physical activity	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	5.6 HPV vaccination	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	5.7 Traffic deaths	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
Subdiscipline weighted score		65	83	89	71	65	71	83	89	54	107	89	107	107	89	89	107	101	
6. Pharmaceuticals	6.1 Rx subsidy	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	6.2 Lyman-adapted pharmacopoeia?	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	6.3 Novel cancer drugs deployment rate	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	6.4 Access to new drugs (time to subsidy)	👍	👍	👍	n.a.	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	n.a.
	6.5 Arthritis drugs	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	6.6 Metformin use	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.
	6.7 Antibiotic/capita	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍
Subdiscipline weighted score		33	76	76	52	62	52	67	76	67	86	71	52	86	52	57	57	86	
Total score		524	774	836	530	707	595	760	793	706	845	775	699	828	577	578	825	685	
Rank		33	12	5	31	16	26	13	9	17	4	11	18	7	28	27	8	21	

Πηγή: Euro Health Consumer Index, 2015

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

EuroHealth Consumer Index 2015

Sub-discipline	Indicator	Italy	Lithuania	Latvia	Malta	Montenegro	Netherlands	Norway	Poland	Portugal	Romania	Serbia	Slovakia	Slovenia	Spain	Sweden	Switzerland	United Kingdom	
1. Patient rights and information	1.1 Healthcare law based on Patients' Rights	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	1.2 Patient organisation involvement	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	1.3 No-fault malpractice insurance	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	1.4 Right to second opinion	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.5 Access to own medical record	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.6 Registry of bona fide doctors	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.7 Web or 24/7 telephone HC info	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.8 Cross-border care seeking freely allowed	👍	👍	👍	👍	n.a.	n.a.	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍
	1.9 Provider catalogue with quality ranking	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.10 EPR penetration	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.11 On-line booking of appointments?	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.12 e-prescriptions	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	Subdiscipline weighted score		96	104	125	121	92	75	146	146	79	129	96	104	113	121	104	125	133
2. Accessibility (waiting times for treatment)	2.1 Family doctor same day access	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	2.2 Direct access to specialist	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	2.3 Major elective surgery <90 days	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	2.4 Cancer therapy < 21 days	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	2.5 CT scan < 7days	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	2.6 A&E waiting times	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	Subdiscipline weighted score		138	113	175	200	163	113	200	138	100	125	150	138	163	125	113	100	225
3. Outcomes	3.1 Decrease of CVD deaths	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	3.2 Decrease of stroke deaths	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	3.3 Infant deaths	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	3.4 Cancer survival	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	3.5 Potential Years of Life Lost	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	3.6 MRSA infections	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.7 Abortion rates	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.8 Depression	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	Subdiscipline weighted score		188	146	135	219	135	135	240	240	146	188	104	125	135	208	198	229	240
4. Range and reach of services provided	4.1 Equity of healthcare systems	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	4.2 Cataract operations per 100 000 age 65+	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	4.3 Kidney transplants per million pop.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	4.4 Dental care included in public healthcare?	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	4.5 Informal payments to doctors	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	4.6 Long term care for the elderly	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	4.7 % of dialysis done outside of clinic	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	4.8 Caesarean sections	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
Subdiscipline weighted score		88	75	75	125	125	56	144	138	63	94	63	69	94	106	113	144	119	131
5. Prevention	5.1 Infant B-disease vaccination	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	5.2 Blood pressure	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	5.3 Smoking Prevention	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	5.4 Alcohol	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	5.5 Physical activity	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	5.6 HPV vaccination	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	5.7 Traffic deaths	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	Subdiscipline weighted score		101	77	65	101	101	71	101	113	83	89	71	71	77	83	101	107	101
6. Pharmaceuticals	6.1 Rx subsidy	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	6.2 Layman-adapted pharmacopoeia?	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	6.3 Novel cancer drugs deployment rate	👍	👍	👍	👍	n.a.	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	6.4 Access to new drugs (time to subsidy)	👍	n.a.	n.a.	👍	n.a.	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	
	6.5 Arthritis drugs	👍	👍	👍	👍	n.a.	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	6.6 Metformin use	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	
	6.7 Antibiotic/capita	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	Subdiscipline weighted score		57	52	52	67	48	33	86	81	52	67	43	48	71	67	67	81	76
Total score		667	567	628	832	663	464	916	854	523	691	527	554	653	710	695	788	894	736
Rank		22	29	25	6	23	35	1	3	34	20	32	30	24	15	19	10	2	14

Θα πρέπει πάντως να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τα συμπεράσματα της μελέτης, η Ελλάδα δεν παρουσιάζει επιδείνωση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων συνολικά την περίοδο 2006-2015.

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

ΜΙΑ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Βιβλιογραφία

1. Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index (ECHI), 2015. Report. (2016-01-26). Available from: <http://www.healthpowerhouse.com/index.php?Itemid=55>

