

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΟΙ ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ**

Γεώργιος Χριστόπουλος

**Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής
Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και
Διοίκηση της Υγείας**

Πειραιάς, 2017

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ**

Γεώργιος Χριστόπουλος, Α.Μ.: ΟΔΥ/1455

**Επιβλέπων: Αθανάσιος Βοζίκης / Επίκουρος Καθηγητής /
Πανεπιστήμιο Πειραιώς**

**Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής
Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και
Διοίκηση της Υγείας**

Πειραιάς, 2017

**UNIVERSITY of
PIRAEUS**



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

**THE IMPACT ON THE HEALTH SYSTEM AND
ON THE HEALTH DUE TO THE ECONOMIC CRICIS**

Georgios Christopoulos

**Master Thesis submitted to the Department of Economics of
the University of Piraeus in partial fulfillment of the
requirements for the degree of M.Sc. in Health Economics
and Management**

Piraeus, Greece, 2017

Στην οικογένειά μου

Ευχαριστίες

Θεωρώ υποχρέωση μου να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Βοζίκη Αθανάσιο για την πολύτιμη καθοδήγησή του και συμβολή του στην περαίωση της διπλωματικής μου εργασίας. Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω τους γονείς μου για τη ψυχολογική και την οικονομική υποστήριξη που μου παρείχαν, κατά το χρονικό διάστημα της φοίτησης μου, για την επίτευξη του στόχου μου.

ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Σημαντικοί Όροι: οικονομική κρίση, σύστημα υγείας, προσδόκιμο ζωής, θνησιμότητα, δείκτης GALI, υγεία, περίθαλψη, δαπάνη, δημόσιος τομέας, ιδιωτικός τομέας, ιδιωτικές πληρωμές, φάρμακα, απασχόληση

Περίληψη

Η διπλωματική εργασία αυτή έχει ως θέμα τις επιπτώσεις στο Σύστημα Υγείας και στην Υγεία λόγω της Οικονομικής Κρίσης (2008 - 2016).

Η πρόσφατη παγκόσμια οικονομική κρίση ξεκίνησε το 2008 στις ΗΠΑ με τις ανάλογες οικονομικές επιπτώσεις στις αναπτυγμένες οικονομίες του κόσμου.

Η οικονομική κρίση και η μεγάλη ύφεση στην Ελλάδα είναι το αποτέλεσμα της συνεχούς αύξησης των δημοσιονομικών ελλειμμάτων και του συσσωρευμένου τεράστιου δημόσιου χρέους. Στα πλαίσια της δημοσιονομικής προσαρμογής, λόγω μη δυνατότητας αποπληρωμής των δανειακών υποχρεώσεων, η Ελλάδα το 2010 αποφάσισε να προσφύγει στον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Σταθερότητας (ΕΜΣ) και στην υπογραφή και εφαρμογή, μέχρι σήμερα, τριών μνημονίων.

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα προκάλεσε τη μείωση του πληθυσμού, αφού ένας μεγάλος αριθμός Ελλήνων και κυρίως νέοι, με έντονες παραγωγικές δυνατότητες, υποχρεώθηκε να μεταναστεύσει στο εξωτερικό, ενώ, ταυτόχρονα, μειώθηκε ο αριθμός των γεννήσεων και αυξήθηκε ο αριθμός των θανάτων. Το προσδόκιμο ζωής, όμως, παραμένει υψηλό, σε σύγκριση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ.

Οι παράγοντες που επηρέασαν τη σωματική υγεία των Ελλήνων είναι η σωματική διάπλαση, η σωματική δραστηριότητα, η υγιεινή διατροφή, το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ. Ως προς την υγιεινή διατροφή, κατά τα χρόνια της κρίσης, παρατηρήθηκε μείωση του ποσοστού των Ελλήνων που καταναλώνουν κόκκινο κρέας,

φρούτα και φυσικούς χυμούς. Μείωση παρατηρήθηκε, επίσης, στους καπνιστές και σ' αυτούς που καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά.

Οι παράγοντες που επηρέασαν, σε σημαντικό βαθμό, την ψυχική υγεία, κατά τη διάρκεια της κρίσης, ήταν η κατάθλιψη και η αυτοκτονική τάση, οι οποίες παρουσίασαν αυξημένη τάση.

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, όπως και των άλλων χωρών της Ευρώπης, χαρακτηρίζεται ως μεικτό σύστημα, λόγω της χρηματοδότησής του από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα. Πριν την οικονομική κρίση, το σύστημα υγείας ήταν περισσότερο νοσοκομειοκεντρικό και σαν βασικός πάροχος των υπηρεσιών υγείας ήταν το κράτος με περιορισμένο το ρόλο του ιδιωτικού τομέα. Με την έναρξη της κρίσης τα μεγάλα δημοσιονομικά προβλήματα στον τομέα της υγείας άρχισαν να εμφανίζονται και έτσι αποκαλύφθηκε η αναποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας. Υπό την πίεση της τρόικας το 2011 δημιουργήθηκε ο ΕΟΠΥΥ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας), ο οποίος προσέφερε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Στα πλαίσια της βελτίωσης του συστήματος υγείας, με σκοπό τον περιορισμό των δαπανών στην υγεία, δημιουργήθηκε ένας νέος φορέας με την ονομασία ΠΕΔΥ (Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας), ο οποίος περιέλαβε τις μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ και τα κέντρα υγείας.

Το ελληνικό σύστημα υγείας, σαν αποτέλεσμα της βαθιάς οικονομικής κρίσης, δέχτηκε ισχυρό πλήγμα και βρέθηκε στον αντίποδα, σε σχέση με την αναπτυξιακή πορεία των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας. Το ελληνικό σύστημα υγείας το 2006 κατείχε τη δέκατη έβδομη θέση μεταξύ 26 χωρών της Ευρώπης, το 2009 την δέκατη ένατη θέση μεταξύ 31 χωρών, το 2014 την εικοστή όγδοη θέση μεταξύ 36 χωρών και το 2016 την εικοστή όγδοη θέση μεταξύ 35 χωρών.

THE IMPACT ON THE HEALTH SYSTEM AND ON THE HEALTH DUE TO THE ECONOMIC CRICIS

Keywords: economic crisis, health system, life expectancy, mortality, GALI index, health, medical care, expenditure, public sector, private sector, out-of-pocket, pharmaceutical, employment

Abstract

This thesis has as subject the impact on the health system and on the health due to the economic crisis (2008 – 2016).

The recent global economic crisis started in 2008 in USA with similar economic effects in developed economies in the world.

The economic crisis and the great recession in Greece is the result of the continuous increase of the budget deficits and the accumulated huge public deficits. In the context of fiscal adjustment, due to non-repayable of the debt obligations, Greece in 2010 decided to appeal to the European Stability Mechanism (ESM) and to apply three memorandums until today.

The economic crisis in Greece has caused the reduction of population, since a great number of Greeks, mostly young, with high productive abilities were compelled to immigrate abroad, while at the same time, was observed reduction in the number of births and increase in the number of deaths. The life expectancy, however, remains high, in comparison to the average of OECD countries.

The factors which affected physical health of Greeks are body type, physical activity, healthy diet, smoking and alcohol consumption. In terms of healthy diet during the years of crisis, was observed reduction in the percentage of Greeks who consume red meat, fruit and fruit juices. Reduction, also, was observed in the number of smokers

and those who consume alcohol drinks. The factors which affected, in significant degree, the mental health, during the crisis, were the depression and the tendency for suicide with increasing trend.

The Greek health system, as in the other European countries, is characterized as a mixed system, since the financing comes from the public and the private sectors. Before the economic crisis, in the Greek health system the basic provider of health services was the state, with limited role of the private sector. In the beginning of the crisis the fiscal problems in the health sectors started appearing. So, inefficiency of the health system was revealed.

Under the pressure of troika in 2011 was created EOPYY, which was providing primary and secondary health care services. In the context of improvement to the health system, with the intention for limiting the health expenditures, was created a new healthcare provider, called PEDY, which included the health units of EOPYY and the health centers.

The Greek health system, as a result of the deep economic crisis, was hit hard and was found at the opposite in relation to the developing course of the other European health systems. The Greek health system in 2006 held the 17th place among 26 European countries, in 2009 the 19th place among 31 countries, in 2014 the 28th place among 36 countries and in 2016 the 28th place among 35 countries.

Περιεχόμενα

Περίληψη	xi
Abstract	xiii
Κατάλογος Πινάκων	xxi
Κατάλογος Διαγραμμάτων	xxv

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα, στην Ευρώπη και παγκόσμια

1.1 Εισαγωγή	1
1.2 Αίτια της οικονομικής κρίσης	3
1.3 Οικονομική κρίση στην Ελλάδα	4
1.4 Ανακεφαλαίωση	6

Κεφάλαιο 2: Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στην υγεία

2.1 Εισαγωγή	7
2.2 Δημογραφικά στοιχεία	7
2.3 Το προσδόκιμο ζωής και υγιούς ζωής	9
2.4 Θνησιμότητα	11
2.4.1 Γενική και ειδική προτυποποιημένη θνησιμότητα	12
2.4.2 Ειδικές αιτίες προτυποποιημένης θνησιμότητας	17
2.4.2.1 Αναπνευστικό σύστημα	17
2.4.2.2 Κακοήθη νεοπλάσματα	18
2.4.2.3 Ατυχήματα	19
2.4.2.4 Αυτοαναφερόμενη νοσηρότητα	20

2.5 Παράγοντες που επηρεάζουν τη σωματική υγεία	24
2.5.1 Σωματική διάπλαση	24
2.5.2 Σωματική δραστηριότητα και άσκηση	27
2.5.3 Υγιεινή διατροφή	30
2.5.4 Κάπνισμα	33
2.5.5 Κατανάλωση αλκοόλ	36
2.6 Παράγοντες που επηρεάζουν τη ψυχική υγεία και νοσηρότητα	39
2.6.1 Κατάθλιψη	41
2.6.2 Αυτοκτονίες	49
2.6.3 Κοινωνική στήριξη και βοήθεια	53
2.7 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στους εφήβους της Ελλάδας	55
2.8 Ανακεφαλαίωση	64

Κεφάλαιο 3: Το σύστημα υγείας και οι επιπτώσεις λόγω της κρίσης

3.1 Εισαγωγή	67
3.2 Συστήματα υγείας	67
3.2.1 Κατηγορίες των συστημάτων υγείας	68
3.2.2 Ιδιαιτερότητες των συστημάτων υγείας	71
3.2.3 Αξιολόγηση της απόδοσης της λειτουργίας των συστημάτων υγείας	71
3.2.4 Σύγκλιση των συστημάτων υγείας	72
3.2.5 Η αναγκαιότητα για μεταρρύθμιση	73
3.2.6 Η διαφορετικότητα των συστημάτων υγείας	73

3.3 Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα	74
3.3.1 Το ελληνικό σύστημα πριν την ένταξη στα μνημόνια	75
3.3.2 Το ελληνικό σύστημα μετά την ένταξη στα μνημόνια	76
3.4 Υπηρεσίες Υγείας	79
3.4.1 Δυσκολία στην πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας	79
3.4.2 Ζήτηση Εξωνοσοκομειακών Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας	81
3.4.3 Ζήτηση Διαγνωστικών και Προληπτικών Εξετάσεων	82
3.4.4 Ζήτηση και κατανάλωση φαρμάκων	87
3.4.5 Εμβολιασμός και πρόληψη	88
3.5 Δαπάνες για την υγεία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα	91
3.5.1 Δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα	92
3.5.2 Δαπάνες για τη υγεία σε άλλες χώρες	98
3.5.3 Κατανομή των δαπανών υγείας σε ιδιωτικό και δημόσιο τομέα	100
3.5.4 Δαπάνες νοσοκομείων ΕΣΥ	105
3.5.5 Οι δαπάνες υγείας με βάση την ισοδυναμία των αγοραστικών δυνάμεων	106
3.5.6 Κατανομή δαπανών υγείας των νοικοκυριών και της κοινωνικής προστασίας	108
3.6 Πολιτικές και οικονομικά στοιχεία για το φάρμακο	111
3.6.1 Πολιτική για το φάρμακο	112

3.6.2 Φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα	113
3.6.3 Φαρμακευτική δαπάνη στις άλλες χώρες	117
3.6.4 Διείσδυση φαρμακευτικών προϊόντων και τιμολόγηση	121
3.6.5 Φαρμακεία, φαρμακαποθήκες και φαρμακευτική βιομηχανία	126
3.6.6 Πωλήσεις φαρμάκων στην Ελλάδα	128
3.6.7 Κλάδος παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων, απασχόληση και εμπορικό ισοζύγιο	130
3.6.8 Χρέη του ελληνικού δημοσίου προς φαρμακευτικές επιχειρήσεις	137
3.6.9 Έρευνα και ανάπτυξη στον κλάδο φαρμάκου	139
3.7 Ιατρονοσηλευτική περίθαλψη	141
3.8 Ανακεφαλαίωση	149

Κεφάλαιο 4: Συγκριτική αξιολόγηση των συστημάτων υγείας

4.1 Εισαγωγή	151
4.2 Βαθμολόγηση των συστημάτων υγείας και ιεράρχηση των χωρών	151
4.2.1 Euro Health Consumer Index 2006	152
4.2.2 Euro Health Consumer Index 2008	155
4.2.3 Euro Health Consumer Index 2009	158
4.2.4 Euro Health Consumer Index 2012	160
4.2.5 Euro Health Consumer Index 2013	165
4.2.6 Euro Health Consumer Index 2014	168
4.2.7 Euro Health Consumer Index 2015	172

4.2.8 Euro Health Consumer Index 2016	175
4.2.9 Euro Heart Index 2016	178
4.3 Η κατάταξη του ελληνικού συστήματος υγείας διαχρονικά	179
4.4 Ανακεφαλαίωση	181
Κεφάλαιο 5: Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης και προτάσεις	183
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	189
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	209

Κατάλογος Πινάκων

2.1 Γεννήσεις-θάνατοι στην Ελλάδα (2000-2014)	8
2.2 Προσδόκιμο ζωής ανά φύλο στην Ελλάδα (2003-2014)	9
2.3 Βρεφική θνησιμότητα στην Ελλάδα (2003-2014)	16
2.4 Γεννήσεις νεκρών βρεφών ανά 1000 γεννήσεις ζώντων στην Ελλάδα (2003-2014)	16
2.5 Ποσοστιαία κατανομή ανδρών κάθε ομάδας ηλικιών κατά κατηγορία ΔΜΣ (2014)	26
2.6 Ποσοστιαία κατανομή γυναικών κάθε ομάδας ηλικιών κατά κατηγορία ΔΜΣ (2014)	26
2.7 Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω κατά κατηγορία ΔΜΣ για κάθε κατηγορία κατάστασης απασχόλησης (2014)	27
2.8 Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω κατά συχνότητα κατανάλωσης φρούτων ή φυσικών χυμών φρούτων	31
2.9 Ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω κατά συχνότητα καπνίσματος (2014)	34
2.10 Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω για κάθε ηλικιακή ομάδα κατά συχνότητα κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών (2014)	38
2.11 Αριθμός εξελθόντων ασθενών με ψυχικές διαταραχές κατά τα έτη 2000, 2010, 2011 και 2012	39
2.12 Κλινικό προφίλ όσων αναφέρθηκαν άμεσα ή έμμεσα στην οικονομική κρίση συγκριτικά με όσους δεν αναφέρθηκαν	45
2.13 Κλινικό προφίλ των ατόμων που εργάζονται και των ανέργων	47
2.14 Κατανάλωση φαρμάκων για ψυχικές νόσους (καθορισμένη ημερήσια δόση DDD) το 2006 και το 2011	49
2.15 Αριθμός θανάτων από αυτοκτονίες στην Ελλάδα (2000,2007-2014)	51
2.16 Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω ανά ηλικιακή ομάδα για κοινωνική στήριξη και βοήθεια	55
2.17 Δείκτες της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και της υγείας για τα έτη 2006, 2010 και 2014 για την Ελλάδα (ανά φύλο)	56
2.18 Δείκτες της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και της υγείας για τα έτη 2006, 2010 και 2014 για την Ελλάδα (ανά ηλικιακή ομάδα)	57
2.19 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα παιδιά και στους εφήβους στην Ελλάδα στο σύνολο, ανά ηλικία και ανά φύλο (2014)	58

2.20 Μεταβολή στην παιδική φτώχεια με έτος βάσης το 2008	59
2.21 Ποσοστό των νέων ηλικίας 15 έως 24 ετών εκτός εκπαίδευσης, απασχόλησης ή κατάρτισης (NEET) το 2008 και το 2013	61
3.1 Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω που έκανε χρήση εξωνοσοκομειακής περίθαλψης συνολικά και ανά φύλλο	81
3.2 Αριθμός μαγνητικών ανά 1000 κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ	82
3.3 Αριθμός αξονικών ανά 1000 κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ	83
3.4 Αριθμός μαγνητικών και αξονικών τομογράφων ανά εκατομμύριο κατοίκους στην Ελλάδα	84
3.5 Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω ανά φύλο και χρόνο μέτρησης αρτηριακής πίεσης (2014)	85
3.6 Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω για ανά φύλο και χρόνο μέτρησης σακχάρου (2014)	85
3.7 Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω ανά φύλο για την κατανάλωση φαρμάκων με ή χωρίς συνταγή ή σύσταση ή συμβουλή γιατρού (2009)	87
3.8 Ποσοστά εμβολιασμένων παιδιών σύμφωνα με τα αποτελέσματα των πανελλαδικών μελετών εμβολιαστικής κάλυψης (2006,2012,2013)	89
3.9 Η συνολική δαπάνη για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ελλάδα (2008-2016)	92
3.10 Η δαπάνη κατ' άτομο για την υγεία στην Ελλάδα (2008-2016)	92
3.11 Ποσοστό συμμετοχής δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στις δαπάνες υγείας (2008-2016)	97
3.12 Οι ιδιωτικές δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα (2008-2015)	98
3.13 Η συνολική δαπάνη κατ' άτομο για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ (2008-2016)	98
3.14 Η δημόσια δαπάνη κατ' άτομο για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ (2008-2016)	101
3.15 Η ιδιωτική δαπάνη κατ' άτομο για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ (2008-2016)	102
3.16 Οι ιδιωτικές πληρωμές (out-of-pocket) κατ' άτομο για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ (2008-2016)	103
3.17 Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη στην Ελλάδα (σε εκατομμύρια ευρώ)	112
3.18 Ποσοστό συμμετοχής της φαρμακευτικής βιομηχανίας στη δαπάνη (2012-2016) (σε εκατομμύρια ευρώ)	114

3.19 Φαρμακευτική δαπάνη ανασφαλιστών	117
3.20 Η συνολική φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ (2008-2016)	117
3.21 Η συνολική φαρμακευτική δαπάνη κατ' άτομο στις χώρες του ΟΟΣΑ (2008-2016)	118
3.22 Μεταβολή απασχόλησης και μισθών στην Ελλάδα (2010-2015)	134
3.23 Απασχολούμενοι στον τομέα Υγείας στην Ελλάδα (2007-2015)	141
3.24 Αριθμός απασχολουμένων στα νοσοκομεία ανά χίλιους κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ (2008-2016)	143
3.25 Αριθμός νοσοκομείων ανά εκατομμύριο κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ (2008-2016)	144
3.26 Αριθμός δημόσιων νοσοκομείων ανά εκατομμύριο κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ (2008-2016)	145
3.27 Αριθμός ιδιωτικών νοσοκομείων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα ανά εκατομμύριο κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ (2008-2016)	146
3.28 Αριθμός ιδιωτικών νοσοκομείων κερδοσκοπικού χαρακτήρα ανά εκατομμύριο κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ (2008-2016)	147
3.29 Αριθμός νοσοκομειακών κλινών ανά χίλιους κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ (2008-2016)	148
4.1 Τα κριτήρια αξιολόγησης και ο συντελεστής βαρύτητας (2006)	152
4.2 Η βαθμολογία των συστημάτων υγείας της Ευρώπης ανά κριτήριο (2006)	153
4.3 Γενική κατάταξη των χωρών της Ευρώπης (2006)	154
4.4 Γενική κατάταξη των χωρών της Ευρώπης με βάση το προσαρμοσμένο αποτέλεσμα του BFB (2006)	154
4.5 Τα κριτήρια αξιολόγησης και ο συντελεστής βαρύτητας (2008)	155
4.6 Η βαθμολογία των συστημάτων υγείας της Ευρώπης ανά κριτήριο (2008)	155
4.7 Οι χώρες με τη μεγαλύτερη βαθμολογία ανά κριτήριο (2008)	156
4.8 Γενική κατάταξη των χωρών της Ευρώπης και οι αλλαγές στη βαθμολογία (2008)	156
4.9 Τα κριτήρια αξιολόγησης και ο συντελεστής βαρύτητας (2009)	158
4.10 Η βαθμολογία των συστημάτων υγείας της Ευρώπης ανά κριτήριο (2009)	158
4.11 Οι χώρες με τη μεγαλύτερη βαθμολογία ανά κριτήριο (2009)	159
4.12 Γενική κατάταξη των χωρών της Ευρώπης και οι αλλαγές στη βαθμολογία (2009)	159

7.13 Τα κριτήρια αξιολόγησης και ο συντελεστής βαρύτητας (2012)	161
4.14 Η βαθμολογία των συστημάτων υγείας της Ευρώπης ανά κριτήριο και συνολικά (2012)	161
4.15 Οι χώρες με τη μεγαλύτερη βαθμολογία ανά κριτήριο (2012)	161
4.16 Γενική κατάταξη των χωρών της Ευρώπης το 2012 σε σύγκριση με το 2009	162
4.17 Τα κριτήρια αξιολόγησης και ο συντελεστής βαρύτητας (2013)	165
4.18 Η βαθμολογία των συστημάτων υγείας της Ευρώπης ανά κριτήριο και συνολικά (2013)	165
4.19 Οι χώρες με τη μεγαλύτερη βαθμολογία ανά κριτήριο (2013)	166
4.20 Γενική κατάταξη των χωρών της Ευρώπης το 2013 σε σύγκριση με το 2012	167
4.21 Τα κριτήρια αξιολόγησης και ο συντελεστής βαρύτητας (2014)	169
4.22 Η βαθμολογία των συστημάτων υγείας της Ευρώπης ανά κριτήριο και συνολικά (2014)	169
4.23 Οι χώρες με τη μεγαλύτερη βαθμολογία ανά κριτήριο (2014)	169
4.24 Γενική κατάταξη των χωρών της Ευρώπης το 2014 σε σύγκριση με το 2013	170
4.25 Τα κριτήρια αξιολόγησης και ο συντελεστής βαρύτητας (2015)	172
4.26 Η βαθμολογία των συστημάτων υγείας της Ευρώπης ανά κριτήριο και συνολικά (2015)	172
4.27 Γενική κατάταξη των χωρών της Ευρώπης το 2015 σε σύγκριση με το 2014	173
4.28 Τα κριτήρια αξιολόγησης και ο συντελεστής βαρύτητας (2016)	175
4.29 Η βαθμολογία των συστημάτων υγείας της Ευρώπης ανά κριτήριο και συνολικά (2016)	175
4.30 Γενική κατάταξη των χωρών της Ευρώπης το 2016 σε σύγκριση με το 2015	176
4.31 Τα κριτήρια αξιολόγησης και ο συντελεστής βαρύτητας (2016)	178
4.32 Η βαθμολογία και η κατάταξη των συστημάτων υγείας της Ευρώπης ανά κριτήριο (2016)	179
5.1 Συνολικός αριθμός εισιτηρίων ανά περιφέρεια και ανά έτος (2005-2015)	184

Κατάλογος Διαγραμμάτων

2.1 Διαγραμματική απεικόνιση του πληθυσμού της Ελλάδας (2002-2015)	8
2.2 Το προσδόκιμο ζωής της Ελλάδας (2003-2012)	9
2.3 Προσδόκιμο επιβίωσης στις χώρες του ΟΟΣΑ για το 2013	10
2.4 Προσδόκιμο ζωής και Υγειούς ζωής στην Ελλάδα (2004-2012)	11
2.5 Εξέλιξη της προτυποποιημένης θνησιμότητας στην Ελλάδα (2004-2013)	12
2.6 Εξέλιξη της προτυποποιημένης θνησιμότητας στην Ελλάδα και στην Ε.Ε. (2004-2011)	13
2.7 Εξέλιξη προτυποποιημένης θνησιμότητας ανά ηλικιακή ομάδα στην Ελλάδα (2004-2013)	14
2.8 Εξέλιξη προτυποποιημένης θνησιμότητας ανά ηλικιακή ομάδα στην Ελλάδα (2004 – 2013)	15
2.9 Βρεφική θνησιμότητα στην Ελλάδα και στην Ε.Ε. (2004-2012)	15
2.10 Περιγεννητική θνησιμότητα στην Ελλάδα και στην Ε.Ε. (2004-2012)	16
2.11 Αιτίες θανάτων στην Ελλάδα το 2013	17
2.12 Εξέλιξη προτυποποιημένης θνησιμότητας από κακοήθη νεοπλασμάτα στην Ελλάδα και στην Ε.Ε. (2004 – 2011)	18
2.13 Εξέλιξη της προτυποποιημένης θνησιμότητας κάθε είδους στην Ελλάδα (2004–2011)	19
2.14 Συχνότητα χρόνιων νοσημάτων στην Ελλάδα σύμφωνα με την έρευνα Hellas Health I (2006)	21
2.15 Συχνότητα χρόνιων νοσημάτων στην Ελλάδα σύμφωνα με την έρευνα Hellas Health III (2010)	21
2.16 Συχνότητα χρόνιων νοσημάτων στην Ελλάδα σύμφωνα με την έρευνα Hellas Health V (2013)	22
2.17 Συχνότητα χρόνιων νοσημάτων στην Ελλάδα σύμφωνα με την έρευνα Hellas Health VI (2015)	22
2.18 Δείκτης GALI για πληθυσμό ηλικίας 15 ετών και άνω ανάλογα με το βαθμό περιορισμού των δραστηριοτήτων λόγω προβλημάτων υγείας (2009 και 2014)	23
2.19 Πληθυσμός ηλικίας 15 ετών και άνω κατά κατηγορία ΔΜΣ το 2014	25
2.20 Ποσοστιαία Κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω κατά είδος σωματικής δραστηριότητας (2014)	28
2.21 Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω που κάνει αθλητισμό, γυμναστική ή άσκηση για ψυχαγωγία κατά ομάδα ηλικιών (2014)	29

2.22 Κατανομή υπέρβαρου και παχύσαρκου πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω κατά ημέρες άσκησης, αθλητισμού ή γυμναστικής την εβδομάδα	29
2.23 Ποσοστιαία κατανομή γυναικών κατά το χρονικό διάστημα Οκτωβρίου-Δεκεμβρίου 2014 που θήλασαν αποκλειστικά με μητρικό γάλα (σε διάρκεια θηλασμού)	30
2.24 Ποσοστιαία κατανομή ανδρών και γυναικών ηλικίας 15 ετών και άνω κατά συχνότητα κατανάλωσης φρούτων ή φυσικών χυμών φρούτων (2014)	32
2.25 Ποσοστιαία κατανομή ανδρών και γυναικών ηλικίας 15 ετών και άνω κατά συχνότητα κατανάλωσης λαχανικών, σαλατών ή χυμών φρέσκων λαχανικών (2014)	32
2.26 Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω κατά συχνότητα κατανάλωσης κόκκινου κρέατος (2014)	33
2.27 Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω για κάθε ηλικιακή ομάδα κατά συχνότητας καπνίσματος (2014)	35
2.28 Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω που καπνίζει καθημερινά κατά ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων (2014)	35
2.29 Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω ανάλογα με το βαθμό έκθεσης σε καπνό τσιγάρου σε κλειστό χώρο (2014)	36
2.30 Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω κατά συχνότητα κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών (2014)	37
2.31 Μέσος όρος αλκοολούχων ποτών που καταναλώνονται κατά τη διάρκεια της εβδομάδας	38
2.32 Η διάθεση και η ψυχική κατάσταση των συμμετεχόντων στα χρόνια της κρίσης σε σχέση με τα χρόνια πριν την κρίση	41
2.33 Ποσοστό του πληθυσμού με μείζονα κατάθλιψη	42
2.34 Κοινωνικό και δημογραφικό προφίλ του ενδιαφερόμενου	43
2.35 Το κλινικό προφίλ των καλούντων στην τηλεφωνική γραμμή	44
2.36 Ποσοστό των κλήσεων με άμεση ή έμμεση αναφορά στην οικονομική κρίση	45
2.37 Ο αριθμός των αυτοκτονιών ανά 100000 κατοίκους στις χώρες της Ευρώπης συνολικά και ανά φύλο	50
2.38 Ο αριθμός των αυτοκτονιών ανά 100000 κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ συνολικά και ανά φύλο	50
2.39 Αριθμός θανάτων από αυτοκτονίες στην Ελλάδα (2000, 2007-2012)	51
2.40 Αριθμός αυτοκτονιών ανά ηλικιακή ομάδα και ανά φύλο (2013)	52
2.41 Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω ανάλογα με το ενδιαφέρον που έλαβαν από τους συνανθρώπους	53

2.42 Ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω κατά το βαθμό δυσκολίας λήψης βοήθειας	54
2.43 Το μέγεθος μείωσης της παιδικής φτώχειας (2008-2010 και 2010-2012)	60
2.44 Έλλειψη σε υλικά αγαθά για νέους στην Ευρώπη (2008-2012)	62
2.45 Χαμένα χρόνια προόδου για οικογένειες και παιδιά (2008-2012)	63
3.1 Ποσοστιαία κατανομή γυναικών κάθε ομάδας ηλικιών που δεν έχουν κάνει ποτέ μαστογραφία και κυτταρολογικό έλεγχο κατά Παπανικολάου (2014)	86
3.2 Ποσοστό γυναικών ηλικίας 15 ετών και άνω που έχουν κάνει οποτεδήποτε μαστογραφία και εξέταση κυτταρολογικού ελέγχου κατά Παπανικολάου	86
3.3 Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω ανά ηλικιακή ομάδα για την κατανάλωση φαρμάκων με ή χωρίς συνταγή ή σύσταση ή συμβουλή γιατρού (2014)	88
3.4 Ποσοστό εμβολιασμένων παιδιών για ιλαρά στην Ευρώπη	90
3.5 Η σύνθεση της Συνολικής Δαπάνης Υγείας κατά μείζονα κατηγορία (σε εκατομμύρια ευρώ)	93
3.6 Η σύνθεση της Συνολικής Δαπάνης Υγείας κατά μείζονα κατηγορία (ως ποσοστό του ΑΕΠ)	94
3.7 Η σύνθεση της Δημόσιας Δαπάνης Υγείας κατά μείζονα κατηγορία (σε εκατομμύρια ευρώ)	95
3.8 Η σύνθεση της Δημόσιας Δαπάνης Υγείας κατά μείζονα κατηγορία (ως ποσοστό του ΑΕΠ)	96
3.9 Ανάλυση Δαπανών Νοσοκομείων ΕΣΥ (2012-2015) (σε εκατομμύρια ευρώ)	105
3.10 Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας σε \$ PPP (2015)	107
3.11 Κατανομή δαπανών υγείας των νοικοκυριών (2008-2015)	109
3.12 Κατανομή δαπανών νοικοκυριών για την υγεία (2008-2015)	109
3.13 Μεταβολή δαπανών κοινωνικής προστασίας (2005-2015)	110
3.14 Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη στην Ελλάδα (2009-2016)	113
3.15 Καθαρή Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη κατ' άτομο σε Ελλάδα και ΕΕ (σε ευρώ)	115
3.16 Δημόσια & Ιδιωτική κατ' άτομο φαρμακευτική δαπάνη (2014)	116
3.17 Ποσοστό διείσδυσης φαρμακευτικών προϊόντων σε όγκο (ανά μονάδα) με βάση το καθεστώς προστασίας στις χώρες της Ευρώπης (2016)	121
3.18 Ποσοστό διείσδυσης φαρμακευτικών προϊόντων με βάση το καθεστώς προστασίας σε αξία στις χώρες της Ευρώπης (2016)	122
3.19 Τιμολόγηση στις χώρες της Ευρώπης ανά μονάδα σε ευρώ (2016)	123

3.20 Κατανομή πωλήσεων βάσει τιμής για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα σε αξία PPP (2016)	124
3.21 Πωλήσεις ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ σε αξία και σε όγκο (2010-2015)	125
3.22 Αριθμός φαρμακείων ανά εκατό χιλιάδες κάτοικους στα 28 κράτη μέλη της ΕΕ (2015)	126
3.23 Αριθμός φαρμακείων και φαρμακαποθηκών στην Ελλάδα (2004-2015)	127
3.24 Πωλήσεις φαρμάκων σε αξία στην Ελλάδα (2008-2015) (σε δισεκατομμύρια ευρώ)	129
3.25 Πωλήσεις φαρμάκων σε όγκο στην Ελλάδα (2008-2015) (σε εκατομμύρια συσκευασιών)	129
3.26 Εξέλιξη εγχώριας παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων (2000-2015) (σε εκατομμύρια ευρώ)	130
3.27 Δείκτης βιομηχανικής παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων στην Ελλάδα (2010=100)	131
3.28 Δείκτες Κύκλου Εργασιών στη Βιομηχανία Παραγωγής Φαρμάκου στην Ελλάδα (2010=100)	131
3.29 Προστιθέμενη Αξία Κλάδου Παραγωγής Φαρμάκου στην Ελλάδα (2005-2015)	132
3.30 Απασχόληση στην παραγωγή Φαρμάκου στην Ελλάδα (2012-2015)	133
3.31 Μεριδίο απασχόλησης στον κλάδο παραγωγής Φαρμάκου σε χώρες της ΕΕ (2015)	134
3.32 Εξέλιξη Εμπορικού Ισοζυγίου Φαρμάκων στην Ελλάδα (2010-2016) (σε εκατομμύρια ευρώ)	135
3.33 Μεριδίο εξαγωγών φαρμάκου στο σύνολο των εξαγωγών αγαθών στην Ελλάδα (2007-2016)	136
3.34 Εξέλιξη εκκρεμών οφειλών Ελληνικού Δημοσίου στις εταιρείες-μέλη του ΣΦΕΕ ως 31/12/2016 (σε εκατομμύρια ευρώ)	137
3.35 Εξέλιξη εκκρεμών οφειλών Δημοσίου στις εταιρείες-μέλη του ΣΦΕΕ μόνο για τιμολόγια του 2015 (σε εκατομμύρια ευρώ)	138
3.36 Εξέλιξη εκκρεμών οφειλών Δημοσίου στις εταιρείες – μέλη του ΣΦΕΕ μόνο για τιμολόγια του 2016 (σε εκατομμύρια ευρώ)	138
3.37 Αριθμός κλινικών μελετών, ανεξάρτητα φάσης ή σταδίου σε χώρες της Ευρώπης (2016)	139
3.38 Ποσοστιαία κατανομή κλινικών δοκιμών στην Ελλάδα ανά θεραπευτική κατηγορία (2015)	140
3.39 Αριθμός Ιατρών ανά χίλιους κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ (2015)	141

3.40 Αριθμός Νοσηλευτών ανά χίλιους κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ (2015)	142
3.41 Αριθμός φαρμακοποιών ανά φαρμακείο σε χώρες της Ευρώπης (2015)	144
4.1 Βαθμολογία και κατάταξη των χωρών της Ευρώπης με βάση το προσαρμοσμένο αποτέλεσμα του BFB (2008)	157
4.2 Η συνολική δαπάνη κατ' άτομο για την υγεία σε δολάρια για το 2008 (PPP)	157
4.3 Βαθμολογία και κατάταξη των χωρών της Ευρώπης με βάση το προσαρμοσμένο αποτέλεσμα του BFB (2009)	160
4.4 Βαθμολογία και κατάταξη των χωρών της Ευρώπης με βάση το προσαρμοσμένο αποτέλεσμα του BFB (2012)	163
4.5 Η συνολική δαπάνη κατ' άτομο για την υγεία σε δολάρια για το 2012 (PPP)	164
4.6 Βαθμολογία και κατάταξη των χωρών της Ευρώπης με βάση το προσαρμοσμένο αποτέλεσμα του BFB (2013)	168
4.7 Βαθμολογία και κατάταξη των χωρών της Ευρώπης με βάση το προσαρμοσμένο αποτέλεσμα του BFB (2014)	171
4.8 Βαθμολογία και κατάταξη των χωρών της Ευρώπης με βάση το προσαρμοσμένο αποτέλεσμα του BFB (2015)	174
4.9 Βαθμολογία και κατάταξη των χωρών της Ευρώπης με βάση το προσαρμοσμένο αποτέλεσμα του BFB (2016)	177
5.1 Ποσοστιαία κατανομή εισιτηρίων στις περιφέρειες με τη μεγαλύτερη επισκεψιμότητα (2005-2015)	185

Κεφάλαιο 1

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα, στην Ευρώπη και παγκόσμια

1.1 Εισαγωγή

Με τον όρο οικονομική κρίση εννοούμε τις έντονες διαταραχές που παρατηρούνται τόσο στις χρηματοπιστωτικές αγορές όσο και στις πραγματικές οικονομίες. Η οικονομική κρίση προκαλεί αποσταθεροποίηση και ανισορροπία στην οικονομία και στρέφει τους δείκτες των μεγεθών της οικονομίας σε αρνητικά πρόσημα. Η **Κρίση** (*crisis*) είναι η επόμενη φάση του οικονομικού κύκλου μετά την **Άνθηση** (*boom*) της οικονομίας, συνεχίζει η φάση της **Ύφεσης** (*recession*) και ακολουθεί η φάση της **Ανάρρωσης** (*recovery*).

Στο πρώτο στάδιο της φάσης της άνθησης η οικονομία βρίσκεται σε φαινομενικά ιδανική κατάσταση. Οι παραγωγικοί συντελεστές βρίσκονται σχεδόν σε πλήρη απασχόληση. Το ποσοστό ανεργίας είναι πολύ μικρό και αυτό λόγω της ανεργίας «τριβής». Τα πραγματικά εισοδήματα αυξάνουν ταχύτερα από τα ονομαστικά, αφού οι τιμές αυξάνουν ελάχιστα. Η ρευστότητα της οικονομίας αρχίζει να μειώνεται και τα επιτόκια να αυξάνονται. Στο δεύτερο στάδιο της άνθησης η οικονομία αρχίζει να βρίσκεται σε πυρετώδη κατάσταση. Η κατάσταση της πλήρους απασχόλησης με σταθερότητα των τιμών δεν διαρκεί αρκετά, οπότε η ισορροπία αρχίζει να ταλαντεύεται. Η οικονομία έφτασε στο ανώτατο σημείο της (*ceiling - peak*) σε σημείο καμπής και αργά ή γρήγορα αναμένεται να πάρει την κατιούσα. Η αύξηση των κερδών κατά το πρώτο στάδιο της άνθησης οδηγεί παραπλανητικά ένα μεγάλο μέρος των επιχειρηματιών, οι οποίοι αγνοούν την επόμενη φάση του οικονομικού κύκλου, σε υπερεπενδύσεις, οι οποίες διαταράσσουν το ισοζύγιο παραγωγής μεταξύ κεφαλαιουχικών και καταναλωτικών αγαθών. Οι υπερεπενδύσεις δημιουργούν στενότητα χρήματος με αποτέλεσμα την αύξηση των επιτοκίων και της ταχύτητας κυκλοφορίας του χρήματος. Το κόστος παραγωγής αυξάνεται και οι τιμές αυξάνονται ταχύτερα στο άμεσο μέλλον, οπότε προκαλείται το φαινόμενο του πληθωρισμού. Κάτω από τέτοιες συνθήκες η χρηματοδότηση των τραπεζών δεν είναι δυνατόν να συνεχιστεί επ' άπειρον. Το πληθωριστικό χρήμα δεν μπορεί να δημιουργήσει πραγματικό κεφάλαιο. Λόγω του υψηλού κόστους παραγωγής και της χαμηλής

αποδοτικότητας, ένα μέρος των επιχειρηματιών θα περιορίσουν την παραγωγή τους ενώ ένα άλλο μέρος θα σταματήσουν την παραγωγική τους δραστηριότητα, αφού δεν θα μπορέσουν να εκπληρώσουν τις υποχρεώσεις τους.

Κατά τη φάση της ύφεσης υπάρχει ένα είδος ηρεμίας, αδράνειας και στασιμότητας στα βασικά οικονομικά μεγέθη. Χαρακτηρίζεται από χαμηλό επίπεδο εισοδήματος και απασχόλησης. Οι τιμές και τα ημερομίσθια βρίσκονται στο χαμηλότερό τους επίπεδο. Στην φάση της ύφεσης είναι προτιμότερη η κατοχή ομολογιών παρά μετοχών, αφού η τιμή τους εξαρτάται από την κερδοφορία των επιχειρήσεων η οποία είναι πολύ χαμηλή. Οι επενδύσεις είναι υποτονικές έως μηδενικές και ο κλάδος παραγωγής κεφαλαιουχικών αγαθών παρουσιάζει την μεγαλύτερη ανεργία. Επίσης, η ζήτηση για καταναλωτικά αγαθά είναι υποτονική. Τέλος, η ζήτηση χρήματος βρίσκεται σε χαμηλό επίπεδο καθώς επίσης και η ταχύτητα κυκλοφορίας του χρήματος. Όπου παρατηρείται αδράνεια και ηρεμία, δημιουργείται η εντύπωση ότι η οικονομία αναμένει το έναυσμα για να αρχίσει η αναζωπύρωση και η αναθέρμανσή της. Το έναυσμα θα δοθεί είτε από την πλευρά της ζήτησης είτε από την πλευρά της προσφοράς. Η ώθηση από τη ζήτηση μπορεί να γίνει είτε από το κράτος με αύξηση μισθών και επιδομάτων, είτε από τους ιδιώτες με αύξηση της κατανάλωσης. Η ώθηση από την προσφορά μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε από το κράτος με την κατασκευή διαφόρων έργων είτε από τους επιχειρηματίες με επενδύσεις, με αποτέλεσμα την αύξηση της απασχόλησης, των εισοδημάτων και της ζήτησης. Με αυτό τον τρόπο λήγει η φάση της ύφεσης και αρχίζει η φάση της ανάρρωσης ή ανάκαμψης.

Κατά τη φάση της ανάρρωσης η απασχόληση και η παραγωγή αυξάνουν. Οι επιχειρηματίες προβαίνουν σε επενδύσεις και έτσι ο κλάδος της παραγωγής κεφαλαιουχικών αγαθών αναρρώνει. Η χρηματοδότηση των επενδύσεων γίνεται τόσο από τις επιχειρηματικές αποταμιεύσεις, λόγω αύξησης των κερδών, όσο και από την υπάρχουσα ρευστότητα (*αντιθησαυρισμός*). Οι μισθοί αυξάνονται, αλλά λόγω ταχύτερης αύξησης των τιμών οι πραγματικοί μισθοί υπολείπονται των ονομαστικών. Προτιμώνται οι μετοχές από τις ομολογίες. Η τραπεζική χρηματοδότηση αυξάνει όπως και η ταχύτητα κυκλοφορίας του χρήματος. Ένα μεγάλο μέρος των ρευστών διαθέσιμων μετατρέπεται σε χρεόγραφα, κυρίως μετοχές, αφού οι τιμές των μετοχών αυξάνονται ταχύτερα από αυτές των ομολογιών για το λόγο ότι οι χρηματιστηριακές συναλλαγές αναζωπυρώνονται. Η πυρετώδης κατάσταση της οικονομίας στη φάση της άνθησης περιέχει το σπόρο της κρίσης, η οποία εκδηλώνεται απότομα και με βαριές συνέπειες. Ο κλάδος παραγωγής των κεφαλαιουχικών αγαθών έχει τις μεγαλύτερες

απώλειες. Η παραγωγή μειώνεται, η ανεργία αυξάνεται, τα κέρδη μειώνονται ταχύτερα από τους μισθούς. Οι τιμές των μετοχών μειώνονται επιταχυνόμενα και τα χρηματιστήρια αρχίζουν να καταρρέουν. Οι τράπεζες μειώνουν τις χρηματοδοτήσεις. Η αδυναμία αποπληρωμής των υποχρεώσεων του κοινού προς τις τράπεζες τις οδηγεί σε ρευστοποίηση μέρους του ενεργητικού τους ώστε να αποφύγουν την πτώχευση.

Το χαρακτηριστικό της κρίσης είναι ότι έρχεται απότομα, και έχει μεγάλη ένταση, σε αντίθεση με την ανάρρωση, η οποία εξελίσσεται βαθμιαία και αργά, και την ύφεση, η οποία διαρκεί περισσότερο χρόνο και είναι ήρεμη. Ο πανικός της κρίσης δεν διαρκεί πολύ, αφού το οικονομικό σύστημα καταλήγει στην κατάσταση εκείνη η οποία μοιάζει με «λιμνάζοντα ύδατα». Η οικονομία βρίσκεται πλέον στη φάση της ύφεσης, οπότε αναμένεται το έναυσμα για να αρχίσει και πάλι η ανοδική της πορεία.

1.2 Αίτια της οικονομικής κρίσης

Η αφορμή για την πρόσφατη παγκόσμια οικονομική κρίση δόθηκε το 2008 στις ΗΠΑ, με την αθέτηση αποπληρωμής των δανειακών υποχρεώσεων από άτομα μειωμένης πιστοληπτικής ικανότητας. Η πρόσφατη οικονομική κρίση θεωρείται από τις σημαντικότερες κρίσεις της σύγχρονης παγκόσμιας οικονομικής ιστορίας, της οποίας οι συνέπειες καταγράφονται και αποτιμώνται, καθημερινά, σε κράτη, επιχειρήσεις και νοικοκυριά. Αρχικά, ιδιαίτερα επλήγησαν οι τράπεζες και γενικότερα οι χρηματοπιστωτικοί οργανισμοί, αφού μεγάλος αριθμός αυτών οδηγήθηκε σε πτώχευση. Σύμφωνα με στοιχεία του *Federal Deposit Insurance Corporation (FDIC)*, μόνο το 2009 στις ΗΠΑ πτώχευσαν 140 τράπεζες. Γενικότερα, από το τέλος του 2008, όλες οι μεγάλες ανεπτυγμένες οικονομίες πέρασαν σε φάση ύφεσης, η οποία σε σύντομο χρονικό διάστημα επεκτάθηκε και στις αναπτυσσόμενες οικονομίες.

Ως βασικές αιτίες της κρίσης και κύριοι παράγοντες αναφέρονται η καθυστέρηση στη θεσμοθέτηση κανόνων και η μη τήρηση του υφιστάμενου ρυθμιστικού πλαισίου από τους χρηματοπιστωτικούς οργανισμούς. Καταλυτική ήταν και η απουσία επαρκούς ρυθμιστικού πλαισίου για επενδυτικά σχήματα, όπως τα *hedge funds* και τα *private equity funds* και η πλημμελής ή σχεδόν ανύπαρκτη εποπτεία τους από τις αρμόδιες αρχές.

Σημαντικοί παράγοντες, επίσης, ήταν η λανθασμένη αξιολόγηση από τους οίκους αξιολόγησης των θέσεων των τοξικών ομολόγων ή των χαρτοφυλακίων που περιείχαν

τέτοια ομόλογα, η αδυναμία πολλών στελεχών της αγοράς να κατανοήσουν τη λειτουργία των σύνθετων χρηματοοικονομικών προϊόντων, η λανθασμένη τιμολόγηση των προϊόντων στις αγορές και η συνακόλουθη διαμόρφωση συνθηκών εξισορροπητικής κερδοσκοπίας (*arbitrage*) και η «απληστία» των επενδυτικών οίκων και των επενδυτών. Οι τράπεζες, οι οποίες είχαν τις απαιτήσεις από τους δανειολήπτες χαμηλής πιστοληπτικής ικανότητας, προέβησαν σε τιτλοποίηση των απαιτήσεων αυτών, τις οποίες πούλησαν ανά τον κόσμο, και έτσι προκλήθηκε η διεθνής χρηματοοικονομική κρίση, με αποτέλεσμα την κατάρρευση του τραπεζικού κολοσσού *Lehman Brothers Holdings Inc.*, που ήταν η τέταρτη μεγαλύτερη επενδυτική τράπεζα στις Ηνωμένες Πολιτείες, μετά από τις *Goldman Sachs*, *Morgan Stanley* και *Merrill Lynch*.

Η χρηματοπιστωτική αυτή κρίση έγινε περισσότερο εμφανής στους δείκτες των χρηματιστηρίων των ανεπτυγμένων χωρών. Πολλοί κλάδοι των οικονομιών, όπως ο τραπεζικός, ο κτηματομεσιτικός, το εμπόριο και άλλοι υπέστησαν τεράστιες ζημιές, οι οποίοι μετακύλησαν τα προβλήματα αυτά στις πραγματικές οικονομίες τόσο των αναπτυγμένων όσο και των αναπτυσσόμενων χωρών, με αποτέλεσμα την αύξηση των ποσοστών ανεργίας, τη στασιμότητα των οικονομιών και τη δημιουργία υψηλών δημοσιονομικών ελλειμμάτων και υψηλού δημόσιου χρέους.

1.3 Οικονομική κρίση στην Ελλάδα

Η οικονομική κρίση και η βαθιά ύφεση στην Ελλάδα, η οποία παρατείνεται μέχρι και σήμερα, είναι αποτέλεσμα της συνεχούς αύξησης των δημοσιονομικών ελλειμμάτων και κατά συνέπεια του συσσωρευμένου δημόσιου χρέους, σαν αποτέλεσμα της ανεξέλεγκτης επεκτατικής δημοσιονομικής πολιτικής, που ακολουθήθηκε κατά τις δεκαετίες 1980, 1990 και 2000.

Το ελληνικό δημόσιο ήταν υποχρεωμένο κάθε χρόνο να δανείζεται, είτε από το εσωτερικό είτε από το εξωτερικό, με υψηλά επιτόκια, ώστε να μπορεί να αποπληρώνει τις υψηλές ετήσιες δανειακές της υποχρεώσεις τόσο σε τόκους όσο και σε χρεολύσια. Λόγω του υψηλού συσσωρευμένου δημόσιου χρέους το ελληνικό κράτος δεν είχε πλέον τη δυνατότητα να ανταπεξέλθει στις υψηλές δανειακές της υποχρεώσεις και έτσι υποχρεώθηκε στις 23 Απριλίου του 2010 να προσφύγει στον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Σταθερότητας. Η προσφυγή αυτή έγινε με την ανάληψη της υποχρέωσης από πλευράς

της Ελλάδας στη λήψη μέτρων δημοσιονομικής προσαρμογής, στα πλαίσια του συμφώνου δημοσιονομικής πειθαρχίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με σκοπό την επίτευξη της δημοσιονομικής εξυγίανσης, η οποία συνίσταται στη μείωση των ετήσιων δημόσιων ελλειμμάτων και τη δημιουργία υψηλών πρωτογενών πλεονασμάτων. Η μείωση των υψηλών δημοσιονομικών ελλειμμάτων και του συσσωρευμένου δημόσιου χρέους θα μπορούσε, συνεπώς, να επιτευχθεί με τη δημιουργία επί σειρά ετών πρωτογενών πλεονασμάτων. Η λήψη των πρώτων μέτρων έγινε τον Μάιο του 2010 με την υπογραφή του πρώτου μνημονίου. Τα μέτρα τα οποία ελήφθησαν αφορούσαν στη μείωση μισθών και ημερομίσθιων και ταυτόχρονα στην αύξηση των φόρων, μέσω της αύξησης της άμεσης και της έμμεσης φορολογίας.

Η αβεβαιότητα για την ελληνική οικονομία αύξησε αισθητά τα ασφάλιστρα κινδύνου (*CDS*), τα οποία με τη σειρά τους συνέβαλαν στην αύξηση του επιτοκίου δανεισμού για την Ελλάδα, το οποίο έγινε απαγορευτικό και έτσι η Ελλάδα δεν μπορεί πλέον να δανείζεται από τις αγορές και έτσι είναι υποχρεωμένη να χρηματοδοτείται από τους επίσημους πιστωτές-θεσμούς (χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και Διεθνές Νομισματικό Ταμείο), με συνέπεια την υπογραφή ακόμη δύο νέων μνημονίων, με την ταυτόχρονη επιβολή επιπρόσθετων επιβαρυντικών για το κοινωνικό σύνολο δημοσιονομικών μέτρων. Αποτέλεσμα των μέτρων αυτών ήταν η συρρίκνωση της αγοραστικής δύναμης των νοικοκυριών, της συνολικής ζήτησης και κατά συνέπεια της συνολικής προσφοράς. Τα μέτρα αυτά, στα πλαίσια της δημοσιονομικής πειθαρχίας, συνέβαλαν στην παρατεταμένη ύφεση της ελληνικής οικονομίας.

Τα προβλήματα αυτά στην ελληνική οικονομία, με τα συνεχή μέτρα λιτότητας, μετακυλήστηκαν και στον τραπεζικό κλάδο, αφού τα φυσικά και νομικά πρόσωπα βρέθηκαν σε αδυναμία να ανταπεξέλθουν στις δανειακές τους υποχρεώσεις. Οπότε οι τράπεζες αντιμετώπισαν και συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν πρόβλημα ρευστότητας. Για να αποφευχθεί ο κίνδυνος κατάρρευσης του τραπεζικού συστήματος, με τις ανάλογες τραγικές συνέπειες σε ολόκληρη την οικονομία, οι τράπεζες κατέφυγαν σε επιβεβλημένες ανακεφαλαιοποιήσεις, με δανεισμό από το ελληνικό δημόσιο, μέσω του Ευρωπαϊκού Μηχανισμού Στήριξης. Οι ανακεφαλαιοποιήσεις αυτές, οι οποίες έγιναν από τις τράπεζες με τη γνωστή διαδικασία *bail-out*, επιβάρυναν το ελληνικό δημόσιο περί τα 40 δισεκατομμύρια ευρώ. Οποιαδήποτε ανακεφαλαιοποίηση γίνει απαιτητή από πλευράς ελληνικών τραπεζών ή λοιπών τραπεζών της ΕΕ, από το 2016 και μετά, θα γίνεται με τη διαδικασία *bail-in*, δηλαδή η ανακεφαλαιοποίηση θα γίνεται

εσωτερικά στις τράπεζες με τη συμμετοχή των μετόχων, των ομολογιούχων και των καταθετών, χωρίς τη συμμετοχή του κράτους.

1.4 Ανακεφαλαίωση

Στα πλαίσια των οικονομικών κύκλων που διαγράφει μια οικονομία, είτε σε εθνικό είτε σε παγκόσμιο επίπεδο, παρατηρείται το στάδιο, η φάση εκείνη του κύκλου που λέγεται κρίση. Η αφορμή της πρόσφατης οικονομικής κρίσης δόθηκε το 2008 από τις ΗΠΑ με την αθέτηση αποπληρωμής των δανειακών υποχρεώσεων ατόμων μειωμένης πιστοληπτικής ικανότητας. Η καθυστέρηση στη θεσμοθέτηση κανόνων από χρηματοπιστωτικούς οργανισμούς, η απουσία επαρκούς ρυθμιστικού πλαισίου για επενδυτικά σχήματα, όπως τα *hedge funds*, και η λανθασμένη αξιολόγηση των τοξικών ομολόγων από τους οίκους αξιολόγησης ήταν οι βασικές αιτίες και οι κύριοι παράγοντες που συνέβαλαν στην έναρξη και επιδείνωση της κρίσης.

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα, με την παρατεταμένη επί σειρά ετών βαθιά ύφεση, είναι το αποτέλεσμα των συνεχώς αυξανόμενων δημοσιονομικών ελλειμάτων και κατά συνέπεια του συσσωρευμένου και διογκωμένου δημόσιου χρέους. Λόγω μη δυνατότητας εξυπηρέτησης του υψηλού δημόσιου χρέους, το ελληνικό κράτος το 2010 αποφάσισε να προσφύγει στον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Σταθερότητας, με την ανάληψη μέτρων δημοσιονομικής προσαρμογής, με σκοπό την επίτευξη δημοσιονομικής εξυγίανσης. Το ελληνικό κράτος μέχρι και σήμερα έχει υποχρεωθεί στην υπογραφή και στην εφαρμογή τριών μνημονίων, με την υιοθέτηση όλο και περισσότερων μέτρων λιτότητας, τα οποία συνέβαλαν στην παρατεταμένη ύφεση της ελληνικής οικονομίας.

Κεφάλαιο 2

Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στην υγεία

2.1 Εισαγωγή

Η υγεία, τόσο για το άτομο όσο και για το σύνολο μιας κοινωνίας, αποτελεί το πολυτιμότερο και το ανεκτίμητης αξίας αγαθό και συνίσταται στην πλήρη σωματική και ψυχική ευεξία. Κάθε σύστημα υγείας πρέπει να επιδέχεται εκείνες τις στρατηγικές παρεμβάσεις που αποσκοπούν στη συνεχή βελτίωση της υγείας των ατόμων της κοινωνίας.

Η διεθνής χρηματοοικονομική κρίση, που ξεκίνησε από τις ΗΠΑ το 2008 και η παρατεταμένη κρίση στην ελληνική οικονομία, έχει μεγάλο αντίκτυπο και τεράστιες επιπτώσεις στην υγεία των Ελλήνων, λόγω του ότι επιδεινώθηκαν τα ήδη υφιστάμενα προβλήματα στο τομέα αυτό.

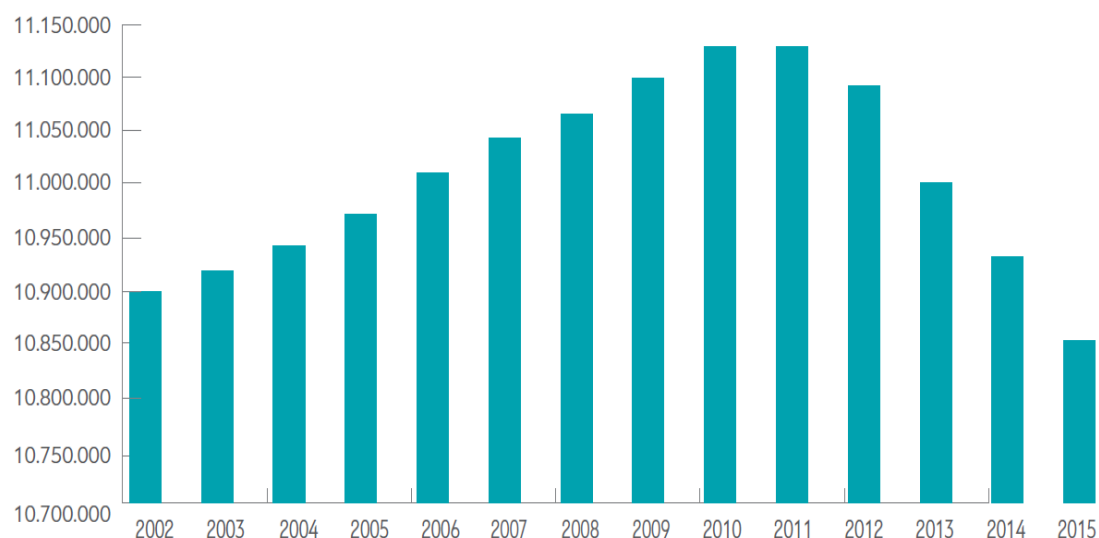
Προκειμένου να αξιολογηθούν τα πραγματικά παρατηρούμενα αποτελέσματα στην υγεία, λόγω της κρίσης, θα πρέπει να προβούμε στην παρατήρηση και ενδελεχή μελέτη κάποιων από τους δείκτες αυτούς, οι οποίοι είναι διεθνώς παραδεκτοί, και οι οποίοι αποτυπώνουν, διαχρονικά, την υφιστάμενη κατάσταση της υγείας. Ταυτόχρονα, θα πρέπει να γίνει σύγκριση των δεικτών αυτών με τους αντίστοιχους των λοιπών χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς επίσης με τους αντίστοιχους άλλων χωρών.

2.2 Δημογραφικά στοιχεία

Με βάση την Ελληνική Στατιστική Αρχή (Διάγραμμα 2.1), παρατηρούμε ότι ο πληθυσμός στην Ελλάδα βαίνει αυξανόμενος από το 2002 έως το 2010, ενώ από το 2011 έως το 2014 συνεχώς μειώνεται.

Η μείωση του πληθυσμού κατά τα τελευταία χρόνια οφείλεται τόσο στη μετανάστευση (σχεδόν 80000 Έλληνες μετανάστευσαν κάθε χρόνο κατά τη χρονική περίοδο 2010-2014) όσο και στη μείωση του αριθμού των γεννήσεων. Για παράδειγμα, το 2014 σε σύγκριση με το 2013 οι γεννήσεις παρουσίασαν μείωση κατά 2.1%, ενώ οι θάνατοι, το 2014 σε σύγκριση με το 2013 παρουσίασαν αύξηση κατά 1.17%. Σε

απόλυτα μεγέθη οι θάνατοι σε σύγκριση με τις γεννήσεις υπερτερούν κατά 21.592 άτομα. Τα στοιχεία γεννήσεων και θανάτων παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.1.



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Διάγραμμα 2.1

Διαγραμματική απεικόνιση του πληθυσμού της Ελλάδας (2002 – 2015)

Πίνακας 2.1

Γεννήσεις - θάνατοι στην Ελλάδα (2000 – 2014)

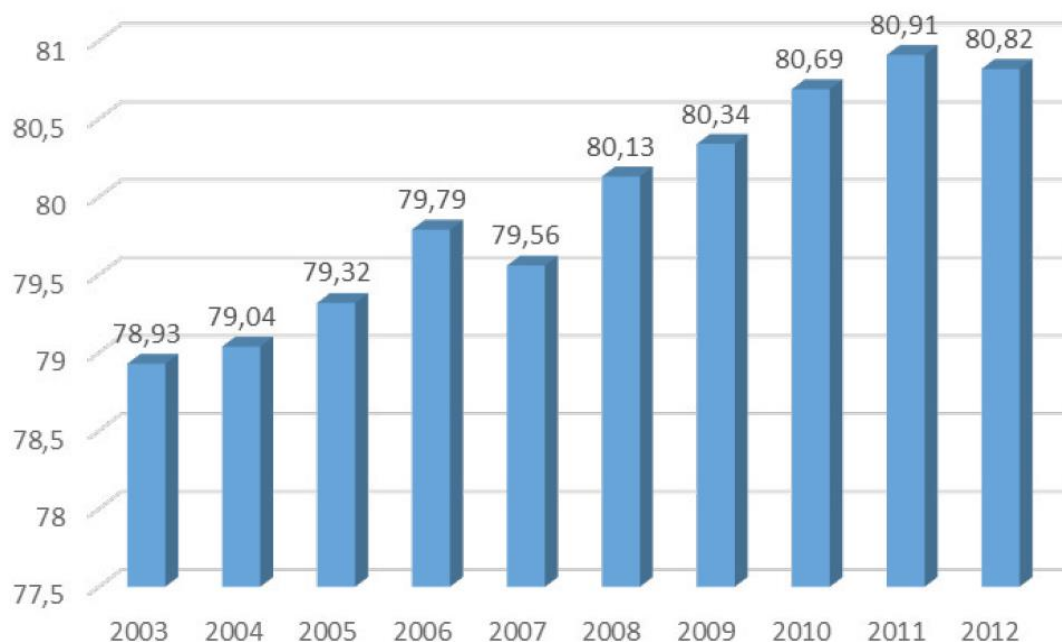
Έτος	Γεννήσεις	Θάνατοι	Φυσική μεταβολή
2000	103274	105170	-1896
2010	114766	109084	5682
2011	106428	111099	-4671
2012	100371	116668	-16297
2013	94134	111794	-17660
2014	92148	113740	-21592

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Παρατηρούμε ότι από το 2010 έως και το 2014, όπου τα αποτελέσματα της οικονομικής κρίσης άρχισαν να επηρεάζουν, αρνητικά, το κοινωνικό σύνολο της Ελλάδας, η διαφορά των θανάτων έναντι των γεννήσεων συνεχώς αυξάνει. Λόγω της παρατεταμένης και συνεχιζόμενης ύφεσης μέχρι και σήμερα, η διαφορά μεταξύ θανάτων και γεννήσεων εκτιμάται ότι, διαχρονικά, θα είναι συνεχώς αυξανόμενη και αυτό για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα.

2.3 Το προσδόκιμο ζωής και υγιούς ζωής

Το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα κατά τα έτη της οικονομικής κρίσης δε παρουσιάζει αρνητική εικόνα.



Πηγή: WHO, επεξεργασία διαΝΕΟσις

Διάγραμμα 2.2

Το προσδόκιμο ζωής της Ελλάδας (2003 –2012)

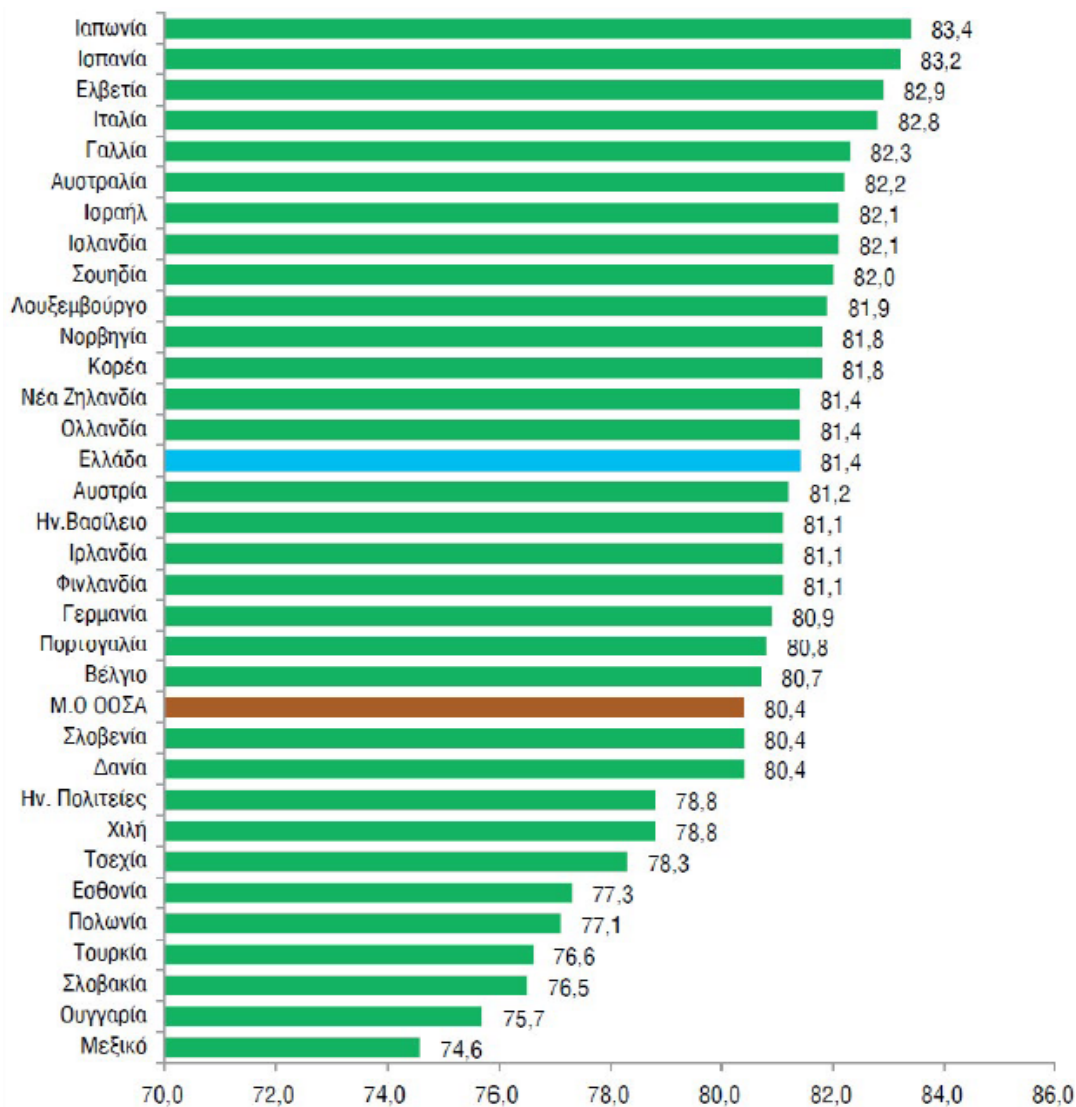
Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 2.2, το προσδόκιμο ζωής από 80.13 έτη το 2008 αυξήθηκε σε 80.82 έτη το 2012 και σε 81.4 έτη το 2013, ενώ το 2014 παρέμεινε σχεδόν στάσιμο. Είναι γεγονός ότι στην Ελλάδα όπως και σε άλλες χώρες της υφηλίου, το προσδόκιμο ζωής των γυναικών είναι μεγαλύτερο από αυτό των ανδρών, όπως φαίνεται στον Πίνακα 2.2.

Πίνακας 2.2

Προσδόκιμο ζωής ανά φύλο στην Ελλάδα (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



Πηγή: OECD, Health Data 2015

Διάγραμμα 2.3

Προσδόκιμο επιβίωσης στις χώρες του ΟΟΣΑ για το 2013

Με βάση το Διάγραμμα 2.3, η Ελλάδα σε σύγκριση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης) το έτος 2013 παρουσιάζει προσδόκιμο ζωής 81.4 έτη έναντι 80.4 έτη του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ. Το υψηλότερο προσδόκιμο ζωής παρουσιάζουν η Ιαπωνία, η Ισπανία, η Ελβετία και η Ιταλία. Το προσδόκιμο υγιούς ζωής στην ηλικία των 65 ετών για την Ελλάδα το 2011 ήταν 9 έτη για τους άνδρες και 7.9 έτη για τις γυναίκες παρουσιάζοντας αύξηση, σε σύγκριση με τα προηγούμενα χρόνια, ενώ το προσδόκιμο ζωής, χωρίς νοσηρότητα, στα 65 έτη για το 2012 ήταν 8.6 έτη για τους άνδρες και 7.3 έτη για τις γυναίκες, παρουσιάζοντας μείωση σε σύγκριση με τα προηγούμενα έτη.



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, επεξεργασία διαΝΕΟσις

Διάγραμμα 2.4

Προσδόκιο ζωής και Υγιούς ζωής στην Ελλάδα (2004 –2012)

Με βάση το Διάγραμμα 2.4, το προσδόκιο ζωής από το 2004 έως το 2012 είναι αυξημένο και για τους άνδρες και τις γυναίκες. Τα έτη υγιούς ζωής στην ηλικία των 65 ετών, από το 2004 έως το 2007 για τις γυναίκες ήταν μεγαλύτερα σε σύγκριση με τους άνδρες, ενώ από το 2008 έως το 2012 τα έτη υγιούς ζωής για τους άνδρες είναι συνεχώς αυξανόμενα και υπερτερούν των γυναικών.

2.4 Θνησιμότητα

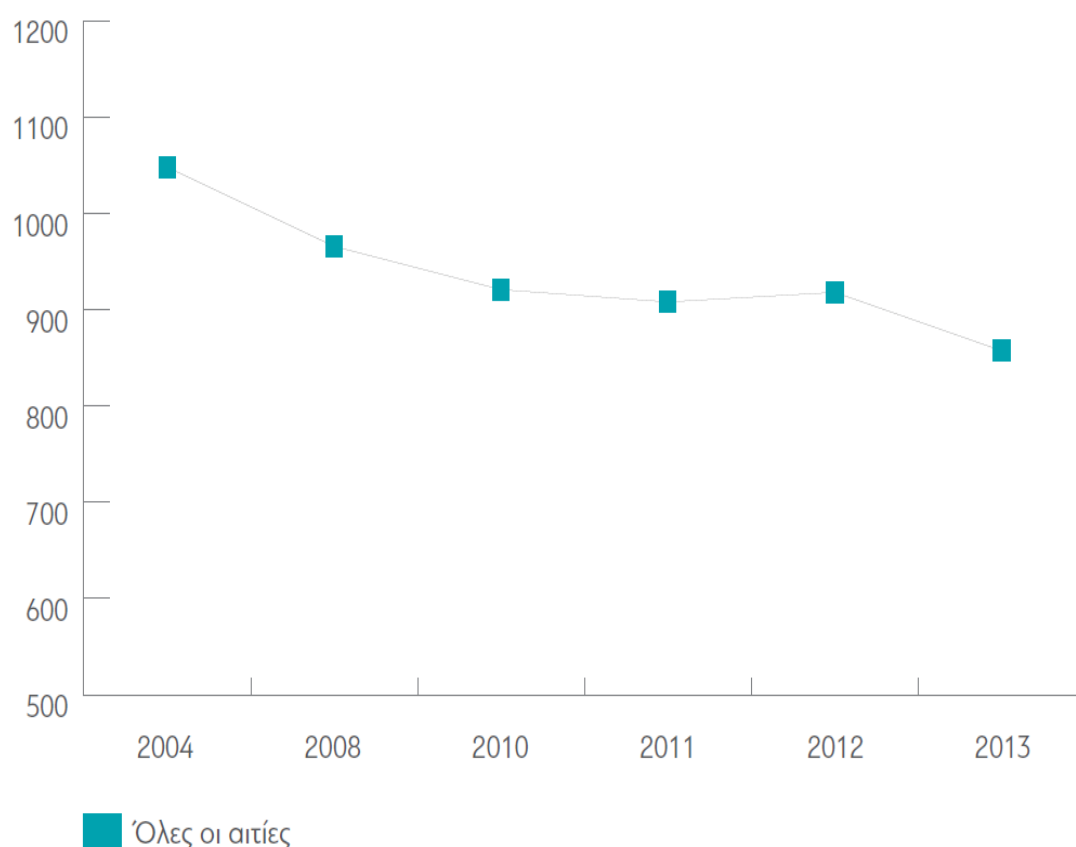
Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, θάνατος είναι η διαρκής και οριστική εξαφάνιση κάθε ένδειξης ζωής, η οποία επέρχεται σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή μετά τη γέννηση ζώντος ανθρώπινου οργανισμού. Χαρακτηρίζεται ως ένα αναπόφευκτο και μη επαναλαμβανόμενο δημογραφικό γεγονός. Με τον όρο θνησιμότητα εννοούμε τη συχνότητα του αριθμού των θανάτων σε έναν πληθυσμό, δηλαδή το ποσοστό των θανάτων ανά εκατό χιλιάδες κατοίκους στη χρονική περίοδο

αναφοράς. Η θνησιμότητα είναι το αποτέλεσμα κάποιων αιτιών, όπως κακοήθη νεοπλασμάτα, ασθένειες-επιπλοκές του αναπνευστικού συστήματος, ατυχήματα και αυτοαναφερόμενη νοσηρότητα.

Οι δείκτες θνησιμότητας που δημοσιεύονται είναι προτυποποιημένοι κατά ηλικία και ανά φύλο, ώστε να υπάρχει δυνατότητα σύγκρισης αυτών μεταξύ πληθυσμών με διαφορετική ηλικιακή σύνθεση και δείχνουν τον αριθμό των θανάτων του πληθυσμού ανά εκατό χιλιάδες άτομα.

2.4.1 Γενική και ειδική προτυποποιημένη θνησιμότητα

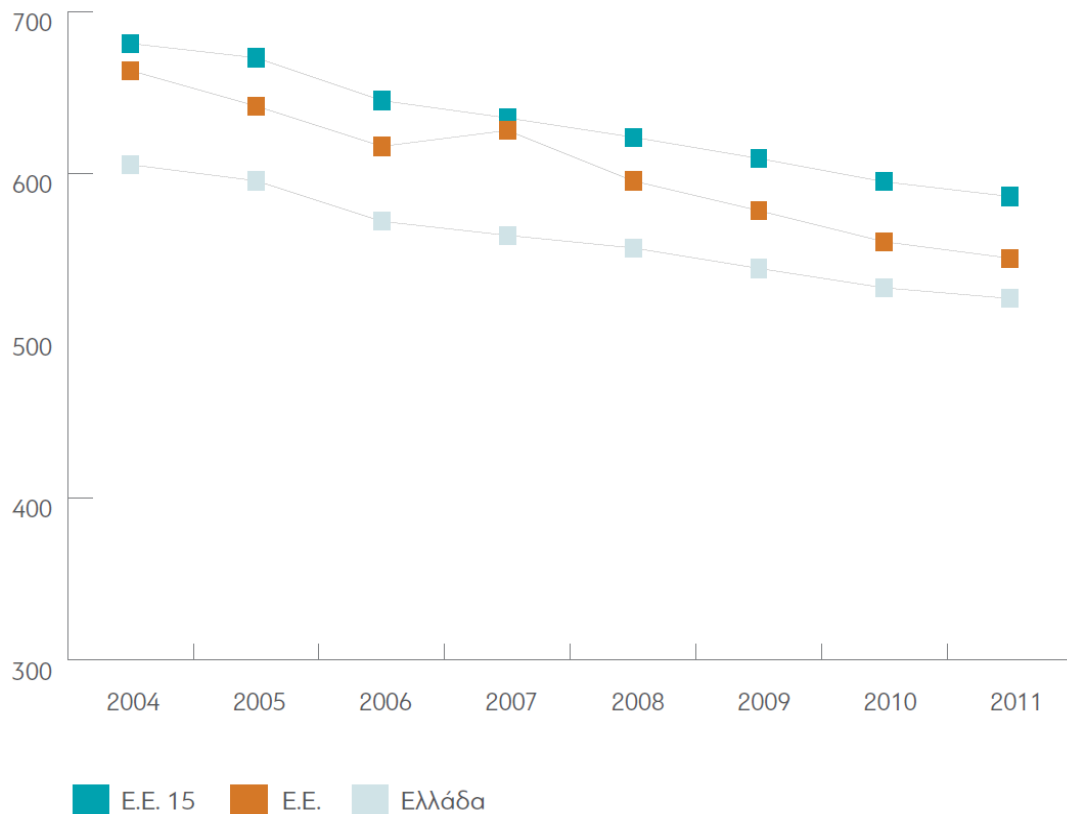
Στο Διάγραμμα 2.5 φαίνεται η διαχρονική εξέλιξη της προτυποποιημένης θνησιμότητας από όλες τις αιτίες για την Ελλάδα για τα έτη από το 2004 έως και το 2013.



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Διάγραμμα 2.5

Εξέλιξη της προτυποποιημένης θνησιμότητας στην Ελλάδα (2004–2013)



Πηγή: WHO

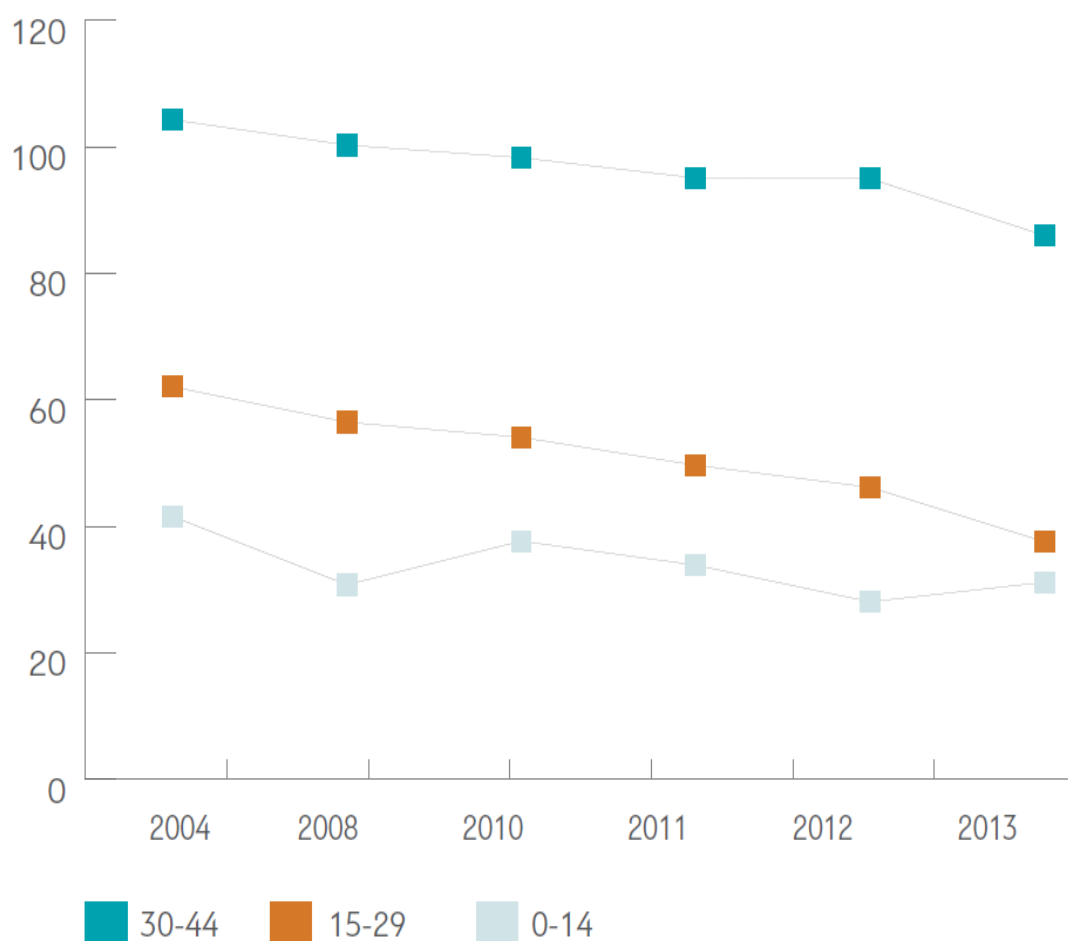
Διάγραμμα 2.6

Εξέλιξη της προτυποποιημένης θνησιμότητας στην Ελλάδα και στην Ε.Ε. (2004–2011)

Στο Διάγραμμα 2.6 φαίνεται η διαχρονική εξέλιξη της προτυποποιημένης θνησιμότητας από όλες τις αιτίες για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της Ελλάδας, με βάση τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Όπως παρατηρούμε υπάρχει μια μικρή διαφορά ως προς την εξέλιξη της θνησιμότητας με βάση τα δεδομένα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Παρά τη κρίση των τελευταίων ετών στη χώρα μας παρατηρούμε μια συνεχή πτωτική εξέλιξη της προτυποποιημένης θνησιμότητας από όλες τις αιτίες.

Στο Διάγραμμα 2.7 παρουσιάζεται η εξέλιξη της προτυποποιημένης θνησιμότητας στις ηλικιακές ομάδες 0-14 ετών, 15-29 ετών και 30-44 ετών. Παρατηρούμε μια συνεχή πτωτική εξέλιξη της θνησιμότητας για τις δύο τελευταίες ηλικιακές ομάδες, ενώ για την ηλικιακή ομάδα 0-14 ετών μια σταθερότητα στην εξέλιξη της θνησιμότητας και ελάχιστα ανοδική τα τελευταία χρόνια. Αυτό μπορεί να αποδοθεί στη συνεχή λιτότητα λόγω της υφεσιακής κατάστασης στη χώρα μας και στη μη δυνατότητα των γονέων να παρέχουν τα απαραίτητα για την υγιή ανάπτυξη των

παιδιών της ηλικίας αυτής. Η μειωτική εξέλιξη των δύο ομάδων (15-29 ετών και 30-44 ετών) μπορεί να αποδοθεί στη μείωση των θυμάτων από τροχαία ατυχήματα.

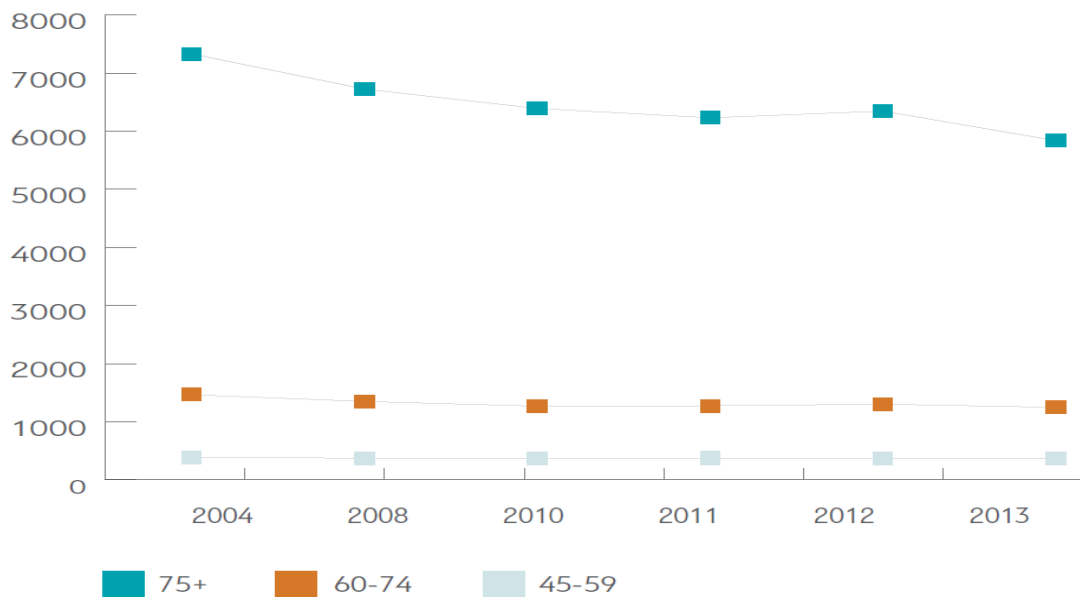


Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Διάγραμμα 2.7

Εξέλιξη προτυποποιημένης θνησιμότητας ανά ηλικιακή ομάδα στην Ελλάδα (2004–2013)

Στο Διάγραμμα 2.8, όπου παρουσιάζεται η εξέλιξη της θνησιμότητας των ηλικιακών ομάδων 45-59 ετών, 60-74 ετών και 75 ετών και άνω, παρατηρούμε μια πτωτική εξέλιξη για την τελευταία ομάδα, αλλά σταθερή εξέλιξη για τις δύο πρώτες ομάδες. Η πτωτική εξέλιξη για την ομάδα από 75 ετών και άνω αποδίδεται στη βελτίωση της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και δικαιολογεί το υψηλό προσδόκιμο όριο ηλικίας στη χώρα μας. Ενδεχομένως όμως η παρατεταμένη και για μεγαλύτερη χρονική διάρκεια της κρίσης να επηρεάσει αρνητικά την εξέλιξη της θνησιμότητας στην ηλικία αυτή.

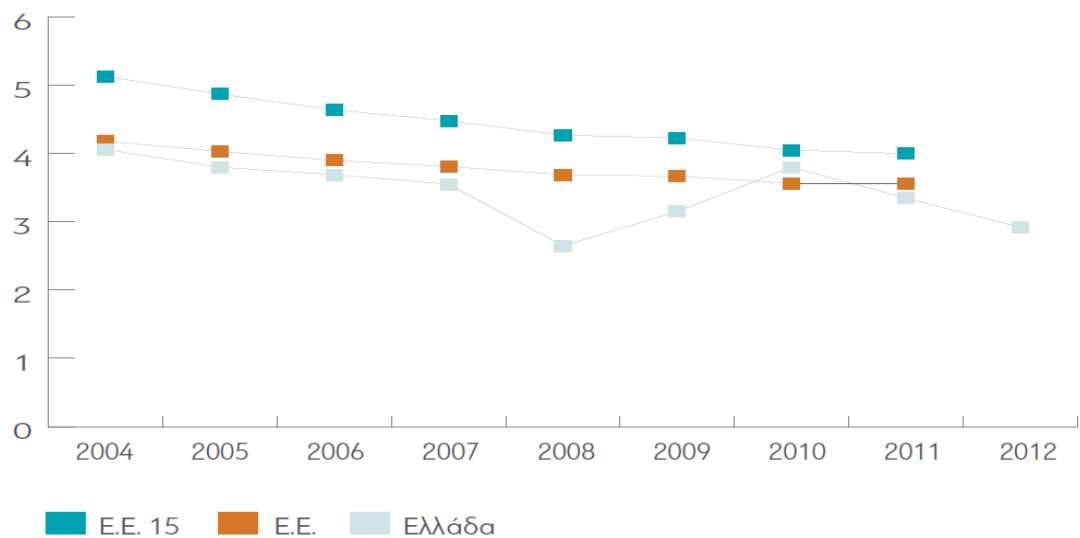


Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Διάγραμμα 2.8

Εξέλιξη προτυποποιημένης θνησιμότητας ανά ηλικιακή ομάδα στην Ελλάδα (2004–2013)

Αναφορικά με τη βρεφική θνησιμότητα στη χώρα μας παρατηρείται μια σχετική μείωση του δείκτη, εκτός από το διάστημα 2008 έως το 2010 που ήταν ανοδική. Η βρεφική θνησιμότητα στη χώρα μας είναι μικρότερη του μέσου όρου των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 2.9 και στον Πίνακα 2.3.



Πηγή: WHO

Διάγραμμα 2.9

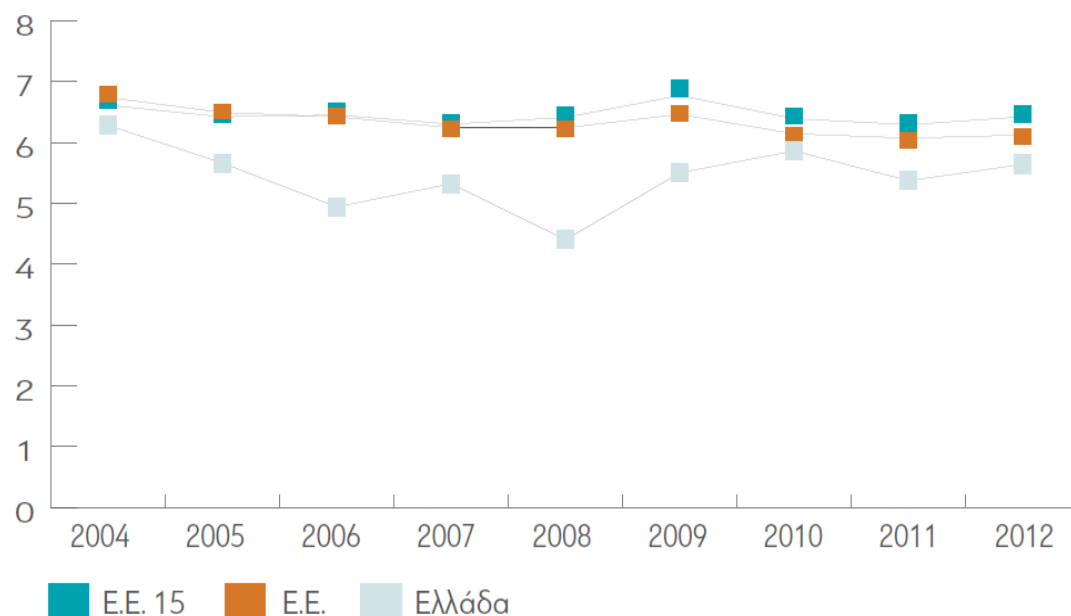
Βρεφική θνησιμότητα στην Ελλάδα και στην Ε.Ε. (2004–2012)

Πίνακας 2.3

Βρεφική θνησιμότητα στην Ελλάδα (2003–2014)

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



Πηγή: WHO

Διάγραμμα 2.10

Περιγεννητική θνησιμότητα στην Ελλάδα και στην Ε.Ε. (2004 – 2012)

Πίνακας 2.4

Γεννήσεις νεκρών βρεφών ανά 1000 γεννήσεις ζώντων στην Ελλάδα (2003–2014)

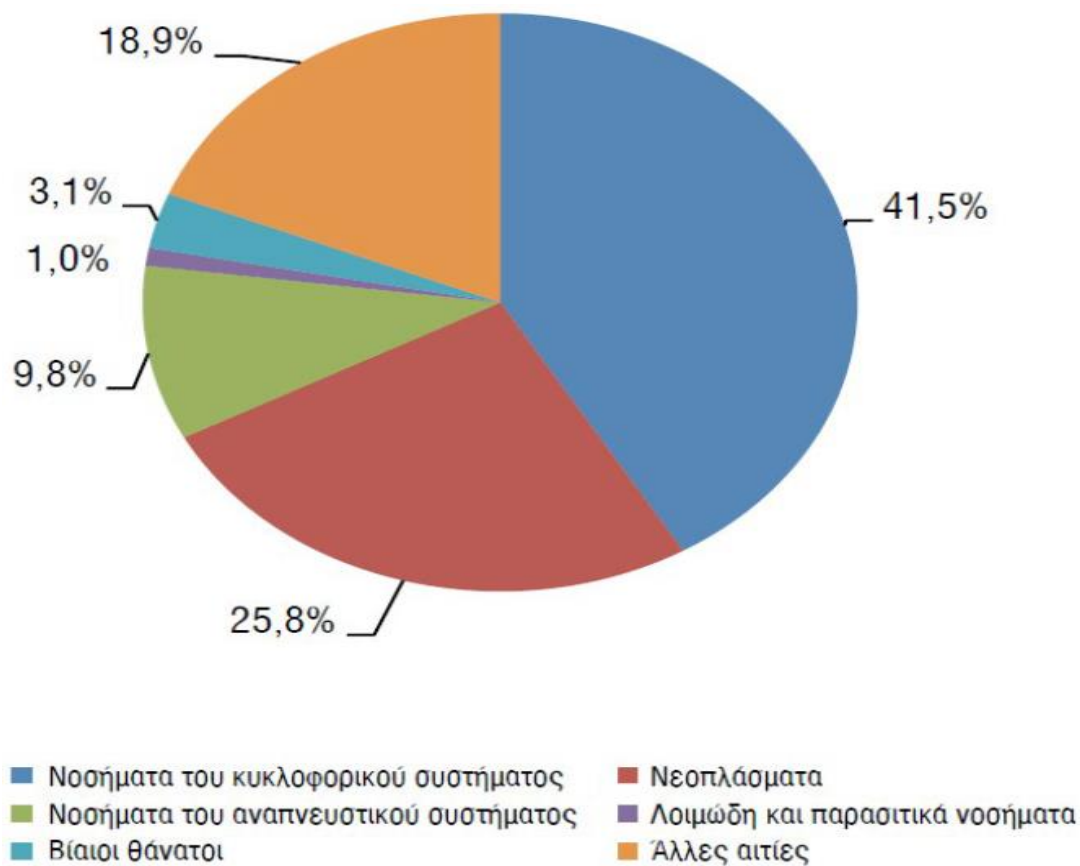
2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
4.83	4.51	3.91	3.36	3.88	3.31	4.28	4.36	4.05	4.44	3.99	3.83

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Ως προς τη περιγεννητική θνησιμότητα (θάνατοι εμβρύων μετά την εικοστή όγδοη εβδομάδα κύησης και νεογνών ηλικίας μέχρι είκοσι επτά ημερών) για τη χώρα μας παρατηρούμε στο Διάγραμμα 2.10 και στον Πίνακα 2.4 κάποιες διακυμάνσεις σε σύγκριση με τις λοιπές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα έτη από το 2004 έως και το 2012. Οι διακυμάνσεις αυτές μπορούν να αποδοθούν, σε κάποιο βαθμό, στην οικονομική κρίση στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια.

2.4.2 Ειδικές αιτίες προτυποποιημένης θνησιμότητας

Οι αιτίες θανάτων στην Ελλάδα, καθώς και το αντίστοιχο ποσοστό που αποδίδεται σε κάθε αιτία εμφανίζονται στο Διάγραμμα 2.11.



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, επεξεργασία IOBE

Διάγραμμα 2.11

Αιτίες θανάτων στην Ελλάδα το 2013

Οι κυριότερες αιτίες θανάτων είναι τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος (41.5%), τα νεοπλάσματα (25.8%), τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος (9.8%), οι βίαιοι θάνατοι (3.1%), τα λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα (1.0%) και οι λοιπές αιτίες (18.9%).

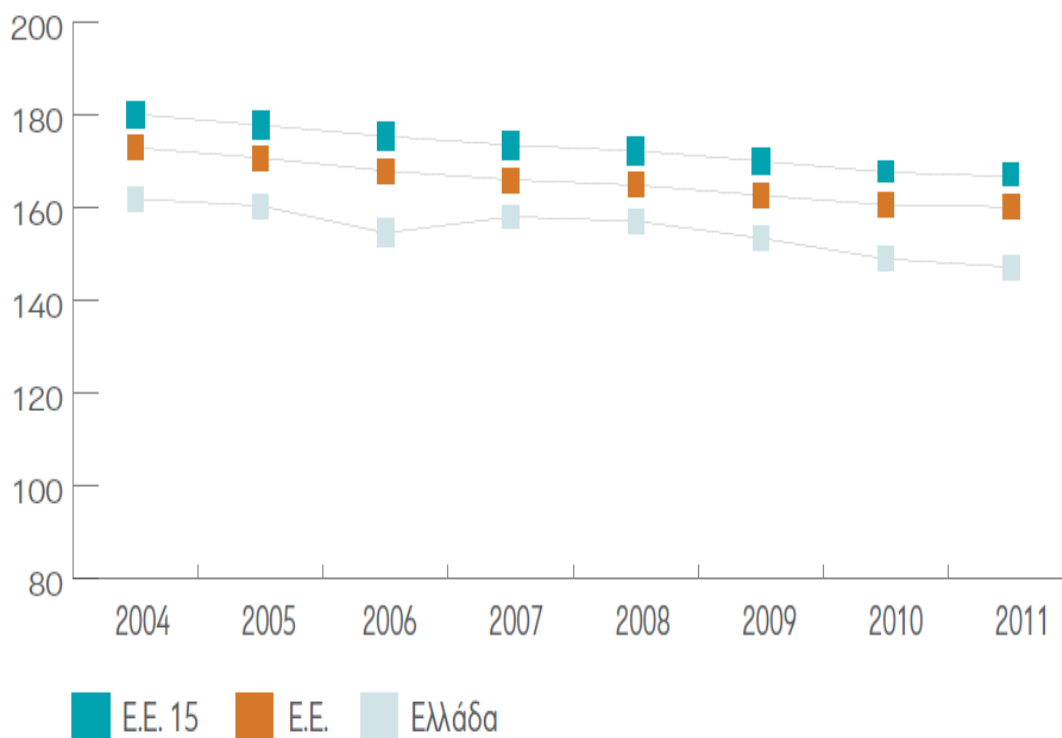
2.4.2.1 Αναπνευστικό σύστημα

Η θνησιμότητα από νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος στη χώρα μας είναι αυξημένη σε σύγκριση με το μέσο όρο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ

παρατηρείται μια διαφοροποίηση από το 2005 μέχρι σήμερα λόγω του υψηλότερου ποσοστού των Ελλήνων που καπνίζουν. Το 2011 η θνησιμότητα από νοσήματα του αναπνευστικού νοσήματος στη χώρα μας ήταν 46.5% ενώ για την Ευρωπαϊκή Ένωση ήταν 40.9%. Για το 2012 το ποσοστό για την χώρα μας αυξήθηκε σε 47.3%.

2.4.2.2 Κακοήθη νεοπλάσματα

Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 2.12, η θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλάσματα στην Ελλάδα είναι μικρότερη από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα έτη από το 2004 έως και το 2011 και παρουσίασε μια σχετική ανοδική τάση τα έτη 2006, 2007 και μετά ήταν πτωτική.



Πηγή: WHO

Διάγραμμα 2.12

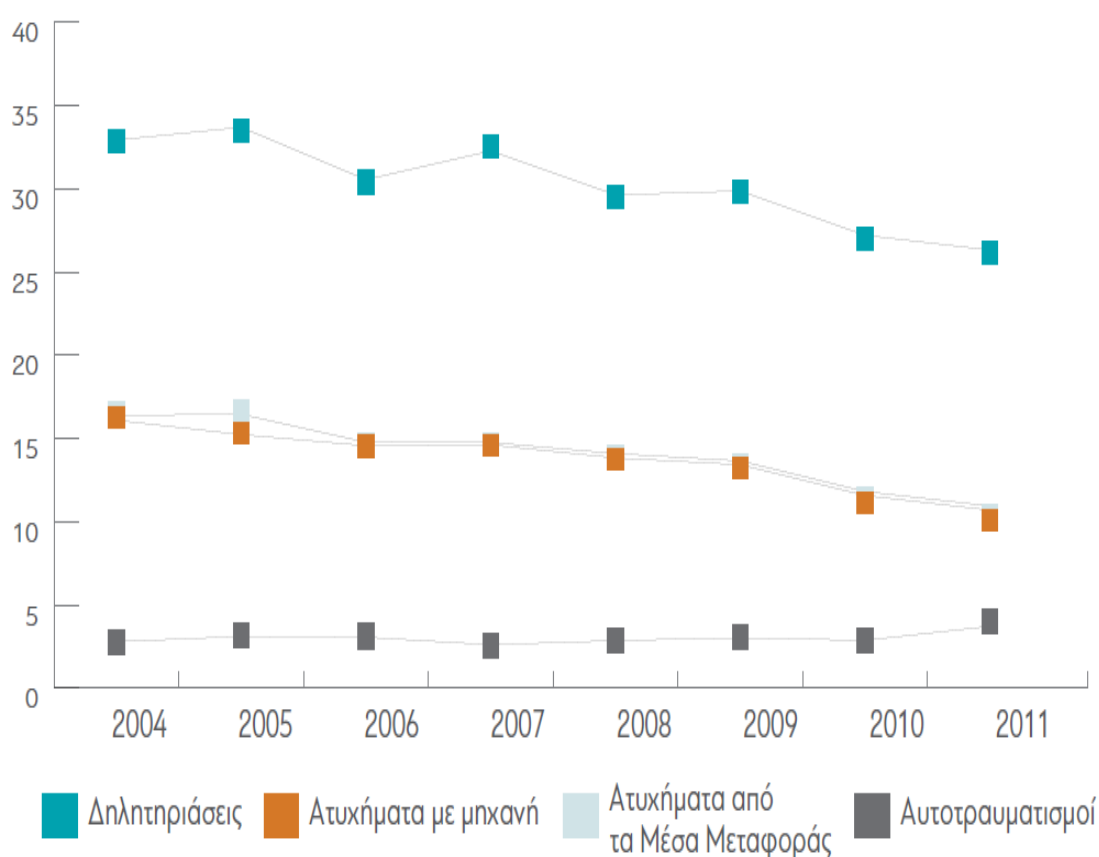
Εξέλιξη προτυποποιημένης θνησιμότητας από κακοήθη νεοπλάσματα στην Ελλάδα και στην Ε.Ε. (2004 – 2011)

Η πτωτική τάση για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι μεγαλύτερη συγκριτικά με αυτή της Ελλάδας. Παρατηρούμε ότι η οικονομική κρίση δεν επέδρασε αρνητικά, ώστε να αυξήσει τη θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλάσματα στη χώρα μας.

Στη κατηγορία αυτή παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση της θνησιμότητας που προκλήθηκε από το αναπνευστικό σύστημα και μπορεί να αποδοθεί στο υψηλό ποσοστό καπνιστών στην Ελλάδα.

2.4.2.3 Ατυχήματα

Στο Διάγραμμα 2.13 φαίνεται η εξέλιξη της θνησιμότητας από ατυχήματα, όπως δηλητηριάσεις, ατυχήματα με μηχανή, ατυχήματα από τα μέσα μεταφοράς και αυτοτραυματισμοί, για τα έτη από το 2004 έως και το 2011.



Πηγή: WHO

Διάγραμμα 2.13

**Εξέλιξη της προτυποποιημένης θνησιμότητας κάθε είδους στην Ελλάδα
(2004 – 2011)**

Τη μεγαλύτερη θνησιμότητα παρουσιάζουν τα ατυχήματα από δηλητηριάσεις και τα ατυχήματα από μηχανή. Για όλες τις κατηγορίες ατυχημάτων παρατηρείται μια

μικρή πτωτική πορεία. Συνεπώς η εξέλιξη της θνησιμότητας στη κατηγορία αυτή δεν μπορεί να αποδοθεί στην οικονομική κρίση.

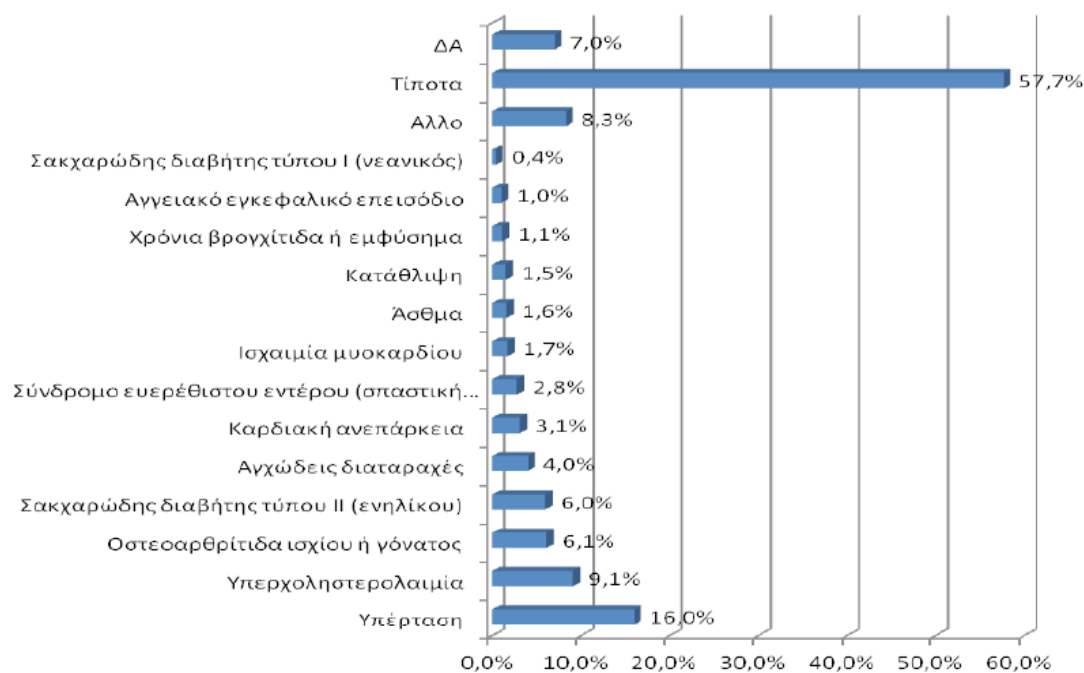
2.4.2.4 Αυτοαναφερόμενη νοσηρότητα

Σε έρευνες που έγιναν από το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών ,για την περίοδο από το 2006 έως και το 2015, ορισμένες αιτίες θανάτου έχουν συσχετισθεί με την αυτοαναφερόμενη νοσηρότητα. Το σύνολο των ερωτηθέντων έδωσαν απάντηση σχετικά με την αυτοαναφερόμενη νοσηρότητα. Στη σύγκριση των αποτελεσμάτων της έρευνας Hellas Health I (2006) με αυτά της έρευνας της Hellas Health III (2010) παρατηρούμε μικρές διαφοροποιήσεις στις πρώτες θέσεις, με πρώτη σε συχνότητα την αρτηριακή υπέρταση και ακολουθούν η υπερχοληστερολεμία, η οστεοαρθρίτιδα, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι αγγώδεις διαταραχές, η κατάθλιψη, της οποίας το ποσοστό διπλασιάστηκε στη τετραετία 2006-2010, και τέλος η καρδιακή ανεπάρκεια.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2013 από την Hellas Health V παρατηρήθηκε ότι το 55.5% του ελληνικού πληθυσμού πάσχει από κάποιο χρόνια νόσημα, ποσοστό πολύ αυξημένο σε σύγκριση με το 2010. Το ποσοστό της κατάθλιψης από 3% το 2010 έφτασε το 9.4% το 2013 και ανέβηκε στη τέταρτη θέση της κατάταξης.

Η αρτηριακή υπέρταση και η υπερχοληστερολεμία κατέχουν και πάλι τις δύο πρώτες θέσεις στην έρευνα του 2013, ενώ οι αγγώδεις διαταραχές και η κατάθλιψη που κατείχαν τη τρίτη και τέταρτη θέση στην έρευνα του 2013 υποχωρούν στη πέμπτη και έβδομη θέση στην έρευνα του 2015 αντίστοιχα.

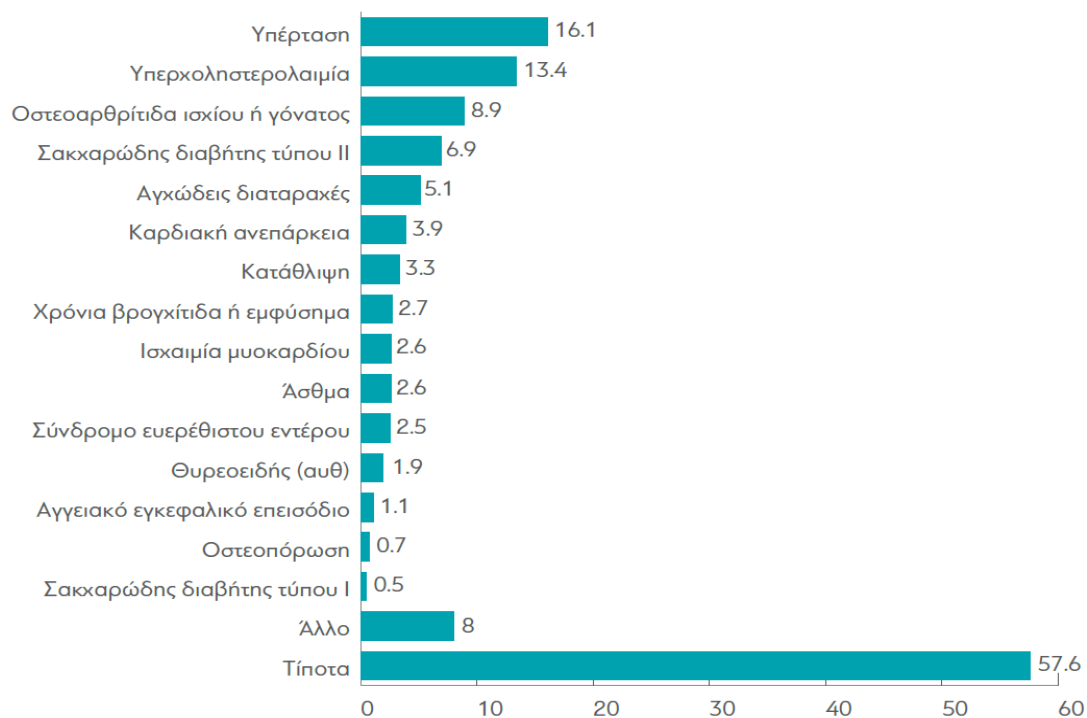
Η καρδιακή ανεπάρκεια εμφάνισε στην έρευνα του 2015 μια αύξηση κατά 2% από την έρευνα του 2013. Τα αποτελέσματα των ερευνών της Hellas Health με τη συχνότητα των χρόνιων νοσημάτων στην Ελλάδα παρουσιάζονται στα Διαγράμματα 2.14, 2.15, 2.16 και 2.17 για έτη 2006, 2010, 2013 και 2015 αντίστοιχα.



Πηγή: ΙΚΠΠ

Διάγραμμα 2.14

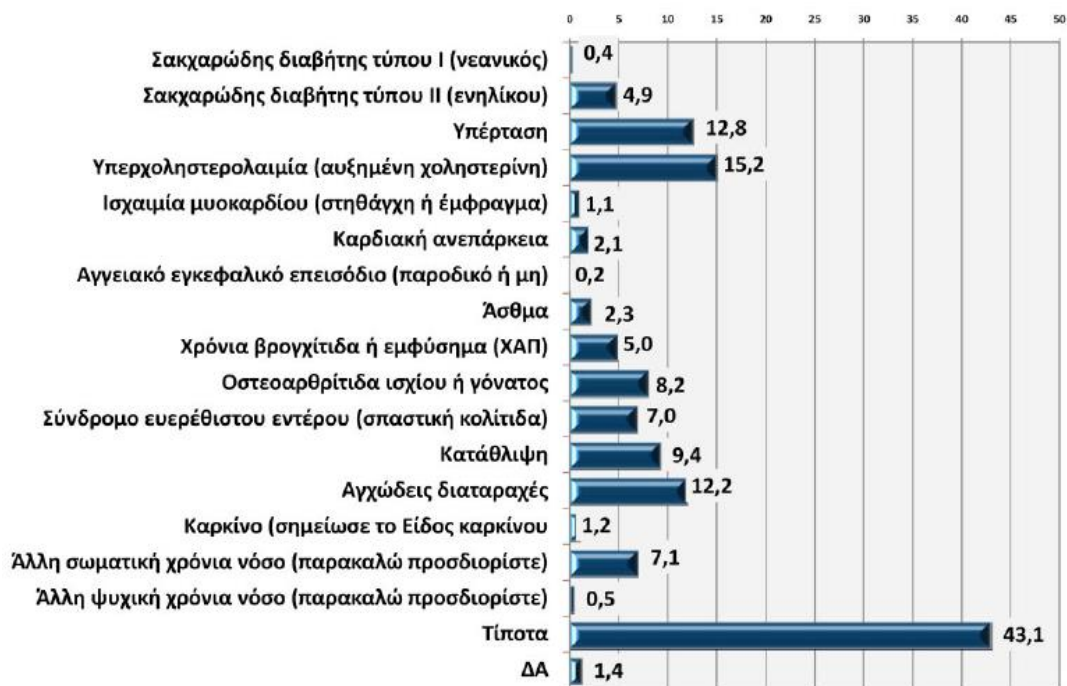
Συχνότητα χρόνιων νοσημάτων στην Ελλάδα σύμφωνα με την έρευνα Hellas Health I (2006)



Πηγή: ΙΚΠΠ

Διάγραμμα 2.15

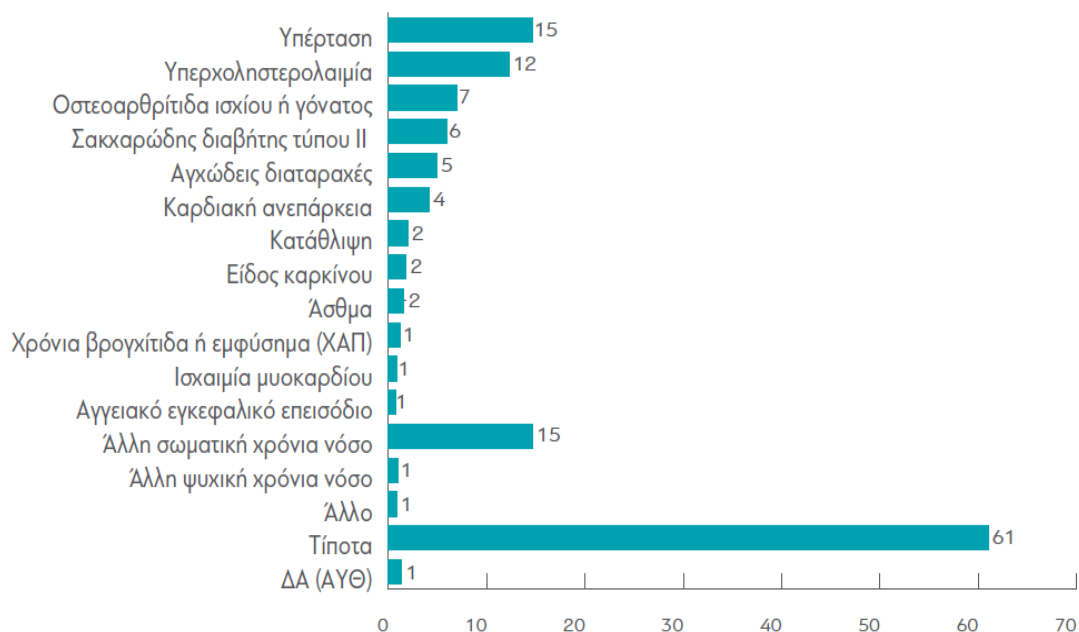
Συχνότητα χρόνιων νοσημάτων στην Ελλάδα σύμφωνα με την έρευνα Hellas Health III (2010)



Πηγή: ΙΚΠΠ

Διάγραμμα 2.16

Συχνότητα χρόνιων νοσημάτων στην Ελλάδα σύμφωνα με την έρευνα Hellas Health V (2013)



Πηγή: ΙΚΠΠ

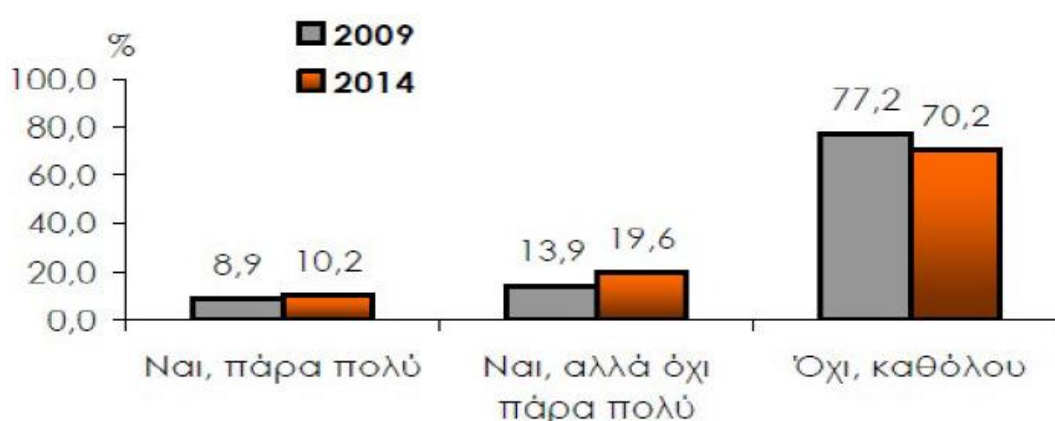
Διάγραμμα 2.17

Συχνότητα χρόνιων νοσημάτων στην Ελλάδα σύμφωνα με την έρευνα Hellas Health VI (2015)

Όταν ξεκίνησε η κρίση, οι αγχώδεις διαταραχές και η κατάθλιψη ήταν 4% και 1.5% αντίστοιχα, με βάση την έρευνα του 2006. Όταν προχώρησε η κρίση, οι αγχώδεις διαταραχές και η κατάθλιψη αυξήθηκαν σε 12.2% και 9.4% αντίστοιχα. Αυτή η αισθητή αύξηση μπορεί να αποδοθεί στα οικονομικά μέτρα, τα οποία ελήφθησαν με την υπογραφή των μνημονίων. Με βάση την έρευνα του 2015, οι δείκτες αυτοί μειώθηκαν αισθητά σε 5% και 2% αντίστοιχα. Η πτώση αυτή των δεικτών οφείλεται στη θεραπευτική αγωγή, την οποία έλαβαν τα άτομα μετά την επιδείνωση του προβλήματός τους. Σύμφωνα με μελέτη του 2015 της Εθνικής Μελέτης Νοσηρότητας και Παραγόντων Κινδύνου που πραγματοποίησε η ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών σε δείγμα 5000 ενήλικων ατόμων, εκ των οποίων σχεδόν το ένα τρίτο θεωρεί την κατάσταση της υγείας του από μέτρια έως κακή. Το 24% και 16%, αντίστοιχα, δηλώνουν συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, που οφείλονται στην αυξητική τάση της ανεργίας.

Αναφορικά με τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η συχνότητα της στεφανιαίας νόσου ήταν 4.6% και των εγκεφαλικών 1.9%. Η συχνότητα για τους άνδρες ήταν διπλάσια απ' ότι για τις γυναίκες ως προς τη στεφανιαία νόσο.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Έρευνας Υγείας της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, το 2014 ένας στους δύο άνδρες άνω των 15 ετών έχει δηλώσει ότι έχει κάποιο χρόνιο πρόβλημα ή πάθηση, με ή χωρίς φαρμακευτική αγωγή. Το ποσοστό αυτό το 2009 ήταν στο 39.7%. Το ίδιο περίπου ποσοστό είναι και για τις γυναίκες. Για τα άτομα άνω των 65 ετών αυξάνεται στο 61.5%.



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Διάγραμμα 2.18

Δείκτης GALI για πληθυσμό ηλικίας 15 ετών και άνω ανάλογα με το βαθμό περιορισμού των δραστηριοτήτων λόγω προβλημάτων υγείας (2009 και 2014)

Με βάση το δείκτη GALI (Global Activity Limitation Index), ένας στους δέκα ηλικίας άνω των 15 ετών έχει περιορίσει πάρα πολύ τις δραστηριότητες του για λόγους υγείας και δύο στους δέκα έχουν περιορίσει αλλά όχι πάρα πολύ. Συνολικά τρεις στους δέκα έχουν περιορίσει τις δραστηριότητες τους λίγο ή πολύ για λόγους προβλημάτων υγείας. Στο Διάγραμμα 2.18 φαίνονται οι δείκτες GALI για τα έτη 2009 και 2014.

Ο δείκτης GALI από 8.9% το 2009 αυξήθηκε σε 10.2% το 2014 για άτομα του πληθυσμού που δηλώνουν πάρα πολύ περιορισμό στις δραστηριότητές τους λόγω προβλημάτων υγείας. Ο δείκτης GALI από 13.9% το 2009 αυξήθηκε σε 19.6% το 2014 για άτομα του πληθυσμού που δήλωσαν όχι πάρα πολύ περιορισμό στις δραστηριότητες λόγω προβλημάτων υγείας. Το ποσοστό των ατόμων που δεν περιορίζουν τη δραστηριότητά τους λόγω προβλημάτων υγείας, από 77.2% το 2009 περιορίστηκε σε 70.2% το 2014.

Οι δείκτες θνησιμότητας από τις άλλες αιτίες νοσημάτων δεν παρουσιάζουν μεγάλες διακυμάνσεις από το 2009 και μετά για τη χώρα μας, οι οποίες θα μπορούσαν να αποδοθούν στην οικονομική κρίση, εκτός από τις αυτοκτονίες.

2.5 Παράγοντες που επηρεάζουν τη σωματική υγεία

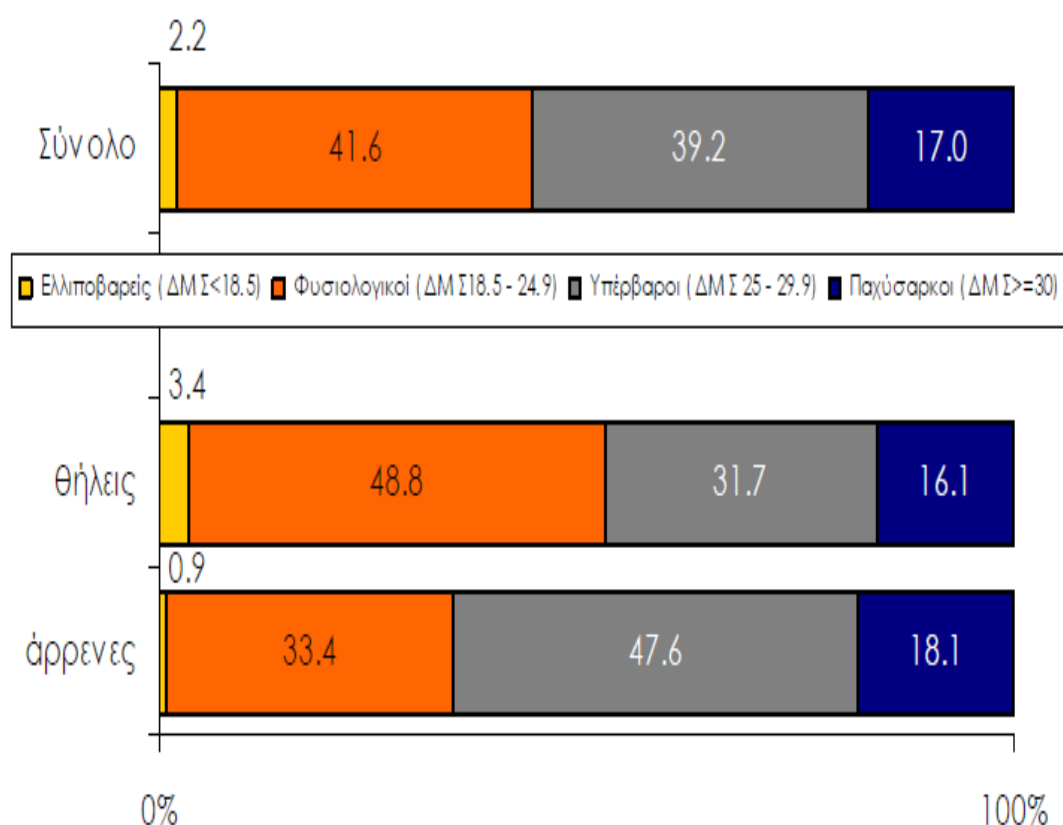
Με τον όρο υγεία εννοούμε τη σωματική, ψυχολογική και πνευματική κατάσταση ενός ζώντος οργανισμού καθώς και της κοινωνικής του ευεξίας. Η υγεία ήταν μια αρχαιοελληνική θεότητα που εκπροσωπούσε την υγεία του σώματος και της ψυχής του ανθρώπου.

Οι κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των ατόμων είναι η διατροφή, το κάπνισμα, η άσκηση κ.λπ. Ο βαθμός επίδρασης των παραγόντων αυτών εξαρτάται από την εκπαίδευση και την ασχολία των ατόμων. Άλλοι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την υγεία των ατόμων θετικά ή αρνητικά είναι η φυσική άσκηση, η κατανάλωση κρέατος και η κατανάλωση αλκοόλ.

2.5.1 Σωματική διάπλαση

Μία πιθανή αιτία προβλημάτων υγείας ενός ατόμου, σε σχέση με το βάρος του, είναι η παχυσαρκία. Η παχυσαρκία μετριέται με το Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) και

υπολογίζεται με τη διαίρεση του βάρους (σε κιλά) με το τετράγωνο του ύψους (σε μέτρα). Από στοιχεία που προέρχονται από δειγματοληπτική έρευνα υγείας το 2014 για το σύνολο του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω προέκυψαν τα ακόλουθα αποτελέσματα. Το 2.2% του πληθυσμού είναι ελλιποβαρείς ($\Delta\text{Μ}\Sigma < 18.5$), το 41.6% είναι φυσιολογικού βάρους ($18.5 \leq \Delta\text{Μ}\Sigma < 25$), το 39.2% είναι υπέρβαροι ($25 \leq \Delta\text{Μ}\Sigma < 30$) και το 17% είναι παχύσαρκοι ($\Delta\text{Μ}\Sigma \geq 30$). Τα παραπάνω παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 2.19.



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Διάγραμμα 2.19

Πληθυσμός ηλικίας 15 ετών και άνω κατά κατηγορία ΔΜΣ το 2014

Σε σύγκριση με τα αποτελέσματα της ίδιας έρευνας για το 2009 καταγράφεται μια μικρή μείωση στα ποσοστά του πληθυσμού που έχουν φυσιολογικό βάρος (-1.9%) και στα ποσοστά που είναι παχύσαρκοι (-1.7%). Αντίθετα καταγράφεται μια μικρή αύξηση στο ποσοστό των υπέρβαρων (+1.8%) και στο ποσοστό των ελλιποβαρών (+22.2%). Επειδή οι διαφορές στις ποσοστιαίες μεταβολές είναι σχετικά μικρές, γι' αυτό δε θα μπορούσαν να αποδοθούν στην οικονομική κρίση.

Πίνακας 2.5

Ποσοστιαία κατανομή ανδρών κάθε ομάδας ηλικιών κατά κατηγορία ΔΜΣ

(2014)

%	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Σύνολο
Ελλιποβαρείς	4.0	0.1	0.3	0.3	1.0	0.9	0.4	0.9
Φυσιολογικού βάρους	61.0	44.6	30.9	24.8	24.1	24.5	28.9	33.4
Υπέρβαροι	29.4	45.4	48.4	51.2	50.3	51.9	54.6	47.6
Παχύσαρκοι	5.6	9.9	20.4	23.7	24.6	22.7	16.1	18.1

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Όπως παρατηρούμε στον Πίνακα 2.5, το μεγαλύτερο ποσοστό ανδρών που είναι ελλιποβαρείς καθώς και αυτών που έχουν φυσιολογικό βάρος παρουσιάζεται στην ηλικιακή ομάδα 15-24 ετών. Επίσης, στις ηλικίες από 15 έως και 24 ετών παρουσιάζεται το μικρότερο ποσοστό των υπέρβαρων ανδρών, καθώς και των παχύσαρκων. Στην ηλικιακή ομάδα 55-64 ετών παρουσιάζεται το μικρότερο ποσοστό αυτών που έχουν φυσιολογικό βάρος, καθώς και το μεγαλύτερο ποσοστό παχύσαρκων ανδρών, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των υπέρβαρων παρουσιάζεται στις ηλικίες από 75 ετών και άνω.

Πίνακας 2.6

Ποσοστιαία κατανομή γυναικών κάθε ομάδας ηλικιών κατά κατηγορία ΔΜΣ

(2014)

%	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Σύνολο
Ελιποβαρείς	12.4	3.4	4.4	2.0	0.7	0.6	2.0	3.4
Φυσιολογικού βάρους	78.2	67.6	56.5	44.0	35.8	29.8	33.2	48.8
Υπέρβαροι	6.7	20.9	27.9	35.4	40.0	41.8	45.2	31.7
Παχύσαρκοι	2.7	8.1	11.2	18.6	23.5	27.8	19.6	16.1

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Σύμφωνα με το Πίνακα 2.6, το μεγαλύτερο ποσοστό ελλιποβαρών γυναικών, καθώς και αυτών που έχουν φυσιολογικό βάρος παρουσιάζεται στην ηλικιακή ομάδα 15-24 ετών. Επιπλέον, στις ηλικίες από 15 έως και 24 ετών παρουσιάζεται το μικρότερο ποσοστό των υπέρβαρων γυναικών καθώς και των παχύσαρκων γυναικών. Στην ηλικιακή ομάδα 65-74 ετών παρουσιάζεται το μικρότερο ποσοστό τόσο των ελλιποβαρών γυναικών όσο και αυτών που έχουν φυσιολογικό βάρος, καθώς και το

μεγαλύτερο ποσοστό των παχύσαρκων γυναικών, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των υπέρβαρων γυναικών παρουσιάζεται στις ηλικίες 75 ετών και άνω.

Πίνακας 2.7

Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω κατά κατηγορία ΔΜΣ για κάθε κατηγορία κατάστασης απασχόλησης (2014)

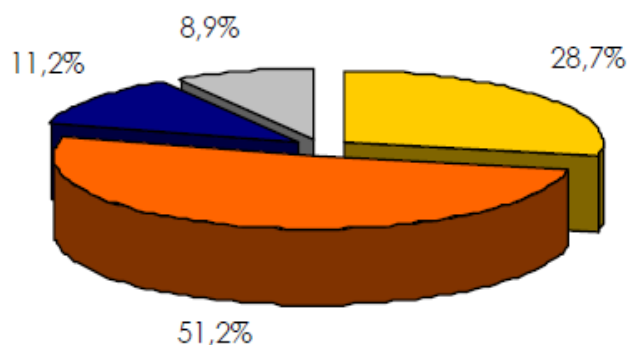
%	Εργαζόμενοι	Ανεργοί	Μαθη- -τές/ Φοιτη- -τές	Συνταξ ι-ούχοι	Με μόνιμη αναπη- ρία	Στρα- τιώτες	Οικι- ακά	Άλλη περί- πτωση	Σύνο- λο
Ελλιποβα- -ρείς	1.5	3.7	7.9	1.1	2.4	0	1.3	0	2.2
Φυσιολ ο-γικού βάρους	40.5	48.2	72.0	30.1	28.9	56.9	41.6	40.2	41.6
Υπέρβα- ροι	41.4	33.6	17.4	46.5	45.1	43.1	38.2	55.0	39.2
Παχύ- σαρκοι	16.6	14.5	2.7	22.3	23.6	0	18.9	4.8	17.0

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Στον Πίνακα 2.7 παρατηρούμε ότι στους ελλιποβαρείς και στους παχύσαρκους οι στρατιώτες έχουν το μικρότερο ποσοστό σε σύγκριση με άλλες κατηγορίες απασχόλησης. Οι φοιτητές/μαθητές έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό και στους ελλιποβαρείς και σ' αυτούς που έχουν φυσιολογικό βάρος, καθώς και το μικρότερο ποσοστό στους υπέρβαρους. Τα άτομα με μόνιμη αναπηρία έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό στους παχύσαρκους και το μικρότερο ποσοστό σ' αυτούς που έχουν φυσιολογικό βάρος. Τέλος, οι συνταξιούχοι έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό στους υπέρβαρους.

2.5.2 Σωματική δραστηριότητα και άσκηση

Στο Διάγραμμα 2.20 παρουσιάζεται η ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω ως προς τη σωματική δραστηριότητα των ατόμων στο σπίτι ή στην εργασία, κατά τη διάρκεια του ελεύθερου χρόνου, κατά τις ώρες αναψυχής ή κατά τη μετακίνησή τους.



- Κυρίως κάθονται ή στέκονται ή κάνουν εργασίες που απαιτούν ελαφριά σωματική προσπάθεια
- Κυρίως περπατούν ή κάνουν εργασίες που απαιτούν μέτρια σωματική προσπάθεια
- Κυρίως κάνουν βαριές εργασίες που απαιτούν έντονη σωματική προσπάθεια
- Δεν κάνουν κάτι (π.χ. ανάπηροι, ασθενείς, χωρίς ασχολία)

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

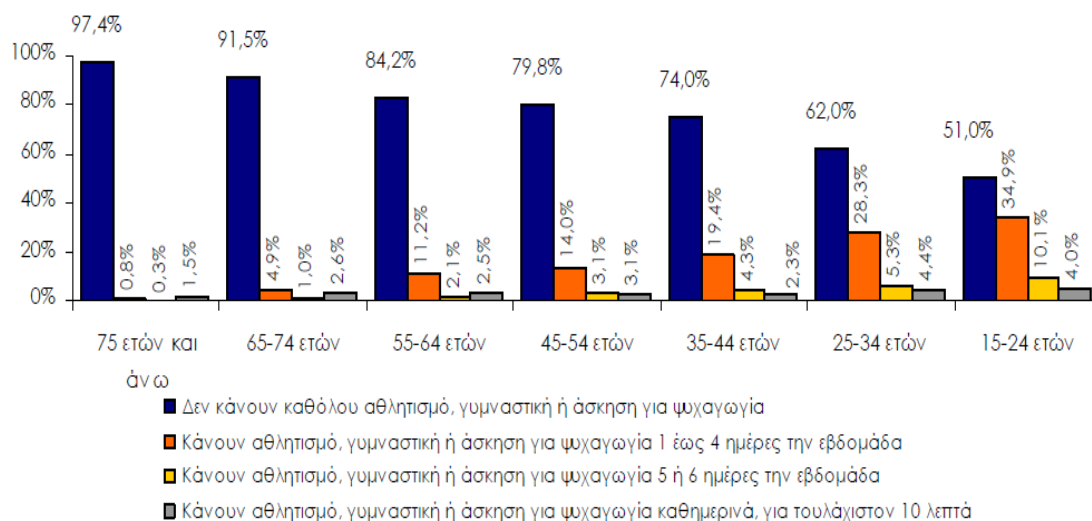
Διάγραμμα 2.20

Ποσοστιαία Κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω κατά είδος σωματικής δραστηριότητας (2014)

Όπως παρατηρούμε το 51.2% περπατούν ή ασχολούνται με εργασίες που απαιτούν, σχετικά, μέτρια σωματική προσπάθεια. Το 28.7% κάθονται ή στέκονται ή κάνουν εργασίες που απαιτούν ελαφρά σωματική προσπάθεια. Το 11.2% ασχολούνται με βαριές εργασίες που απαιτούν έντονη σωματική προσπάθεια και μόνο το 8.9% των ατόμων δεν κάνουν καμία σωματική δραστηριότητα ή άσκηση, γιατί είναι ανάπηροι ή ασθενείς.

Στο Διάγραμμα 2.21 παρουσιάζεται η ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω που κάνει αθλητισμό, γυμναστική ή άσκηση για ψυχαγωγία κατά ομάδα ηλικιών. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που δεν κάνουν καθόλου αθλητισμό, γυμναστική ή άσκηση για ψυχαγωγία παρουσιάζεται στις ηλικίες 75 ετών και άνω σε ποσοστό 97.4%. Όσο μειώνονται οι ηλικίες των ατόμων τόσο μειώνεται και το ποσοστό αυτό, με το μικρότερο ποσοστό να παρουσιάζεται στην ηλικιακή ομάδα 15-24 ετών. Το μεγαλύτερο ποσοστό που κάνουν αθλητισμό, γυμναστική ή άσκηση για ψυχαγωγία από 1 έως και 4 ημέρες την εβδομάδα παρουσιάζεται στις ηλικίες από 15 έως και 24 ετών όπου το ποσοστό ανέρχεται σε 34.9% και αυτό μειώνεται όσο αυξάνονται οι ηλικίες, με το μικρότερο ποσοστό να καταγράφεται στις ηλικίες 75 ετών και άνω. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που κάνουν αθλητισμό, γυμναστική ή άσκηση για ψυχαγωγία από 5 έως και 6 ημέρες την εβδομάδα

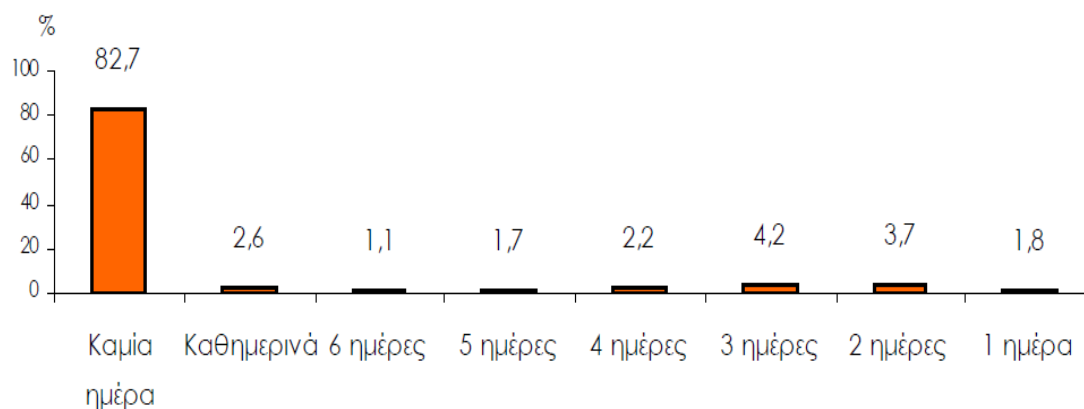
καταγράφεται και πάλι στην ηλικιακή ομάδα 15-24 ετών με ποσοστό που ανέρχεται σε 10.1%, το οποίο μειώνεται όσο αυξάνονται οι ηλικίες. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που κάνουν αθλητισμό, γυμναστική ή άσκηση για ψυχαγωγία καθημερινά για τουλάχιστον 10 λεπτά καταγράφεται στην ηλικιακή ομάδα 25-34 ετών και ανέρχεται σε 4.4%, ενώ το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό καταγράφεται στην ηλικιακή ομάδα 15-24 ετών με μικρή διαφορά μεταξύ τους.



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Διάγραμμα 2.21

Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω που κάνει αθλητισμό, γυμναστική ή άσκηση για ψυχαγωγία κατά ομάδα ηλικιών (2014)



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

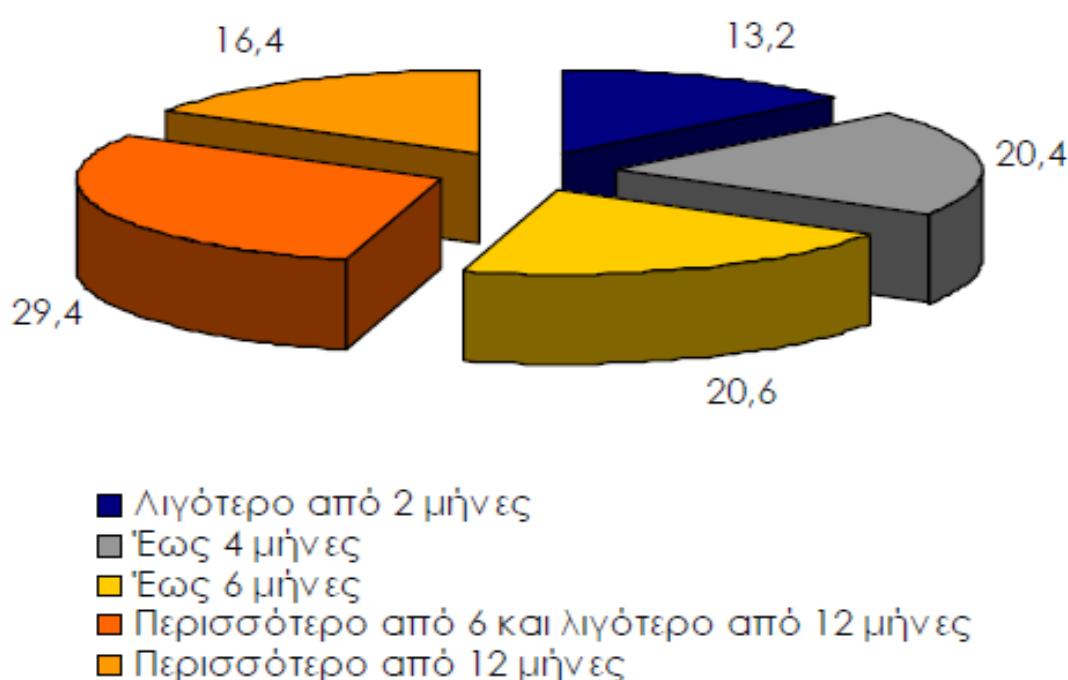
Διάγραμμα 2.22

Κατανομή υπέρβαρου και παχύσαρκου πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω κατά ημέρες άσκησης, αθλητισμού ή γυμναστικής την εβδομάδα

Τέλος, σύμφωνα με το Διάγραμμα 2.22, τα παχύσαρκα και τα υπέρβαρα άτομα δεν ασχολούνται έντονα με την άσκηση, τον αθλητισμό και τη γυμναστική και συγκεκριμένα το 82.7% δεν ασχολείται καμία ημέρα της εβδομάδας με καμία αθλητική δραστηριότητα και μόλις το 2.6% ασχολείται καθημερινά.

2.5.3 Υγιεινή διατροφή

Η υγιεινή διατροφή αποτελεί ένα βασικό παράγοντα αποτροπής εκδήλωσης χρόνιων παθήσεων. Ο θηλασμός του βρέφους από τη μητέρα του αποτελεί ένα τέτοιο βασικό παράγοντα. Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας του 2014, αναφορικά με το μητρικό θηλασμό, το 84.1% των μητέρων με ανήλικο παιδί κάτω των δύο ετών δήλωσε ότι θήλασε το παιδί της. Απ' αυτές το 66.3% θήλασαν το παιδί τους μόνο με μητρικό γάλα και το 33.7% το θήλασαν και με μητρικό γάλα, καθώς και με τα υποκατάστατα του μητρικού γάλακτος.



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Διάγραμμα 2.23

Ποσοστιαία κατανομή γυναικών κατά το χρονικό διάστημα Οκτωβρίου-Δεκεμβρίου 2014 που θήλασαν αποκλειστικά με μητρικό γάλα(σε διάρκεια θηλασμού)

Στο Διάγραμμα 2.23 παρουσιάζεται η κατανομή της διάρκειας θηλασμού αποκλειστικά με μητρικό γάλα και συγκεκριμένα το 13.2% των μητέρων θήλασαν το παιδί τους για λιγότερο από δύο μήνες, το 20.4% το θήλασαν από δύο μήνες έως τέσσερις μήνες, το 20.6 το θήλασαν από τέσσερις μήνες έως έξι μήνες, το 29.4% το θήλασαν από έξι έως δώδεκα μήνες, ενώ το 16.4% το θήλασαν περισσότερο από δώδεκα μήνες.

Επίσης, η κατανάλωση φρούτων και φυσικών χυμών συμβάλλουν σε μεγάλο βαθμό στην αποτροπή των χρόνιων παθήσεων.

Πίνακας 2.8

Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω κατά συχνότητα κατανάλωσης φρούτων ή φυσικών χυμών φρούτων

%	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Καθημερινά	50.6	59.0	55.0
4-6 φορές την εβδομάδα	18.7	17.0	17.8
1-3 φορές την εβδομάδα	22.5	17.4	19.8
Λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα και έως 3 φορές τον μήνα	6.8	5.7	6.2
Ποτέ	1.4	0.9	1.2

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Από έρευνα που έχει διενεργηθεί το 2014, τα αποτελέσματα της οποίας αποτυπώνονται στον Πίνακα 2.8, φαίνεται ότι το 55% του πληθυσμού άνω των 15 ετών καταναλώνουν σε καθημερινή βάση φρούτα ή φυσικούς χυμούς φρούτων, ενώ μόλις το 1.2% δε καταναλώνει καθόλου. Σε αντίστοιχη μελέτη του 2009 τα ποσοστά ήταν 60.7% και 2.6%. Τα αποτελέσματα των ερευνών καταδεικνύουν ότι οι γυναίκες, σε σύγκριση με τους άνδρες καταναλώνουν περισσότερα φρούτα και φυσικούς χυμούς φρούτων, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 2.24.

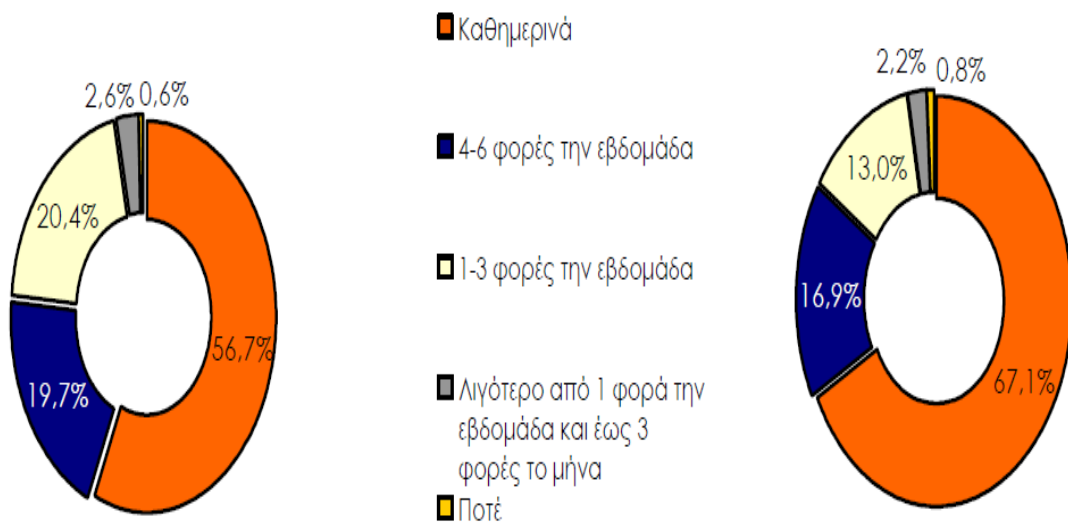
Η κατανάλωση λαχανικών, σαλατών ή χυμών φρέσκων λαχανικών, επίσης, συμβάλλουν στην αποτροπή των χρόνιων παθήσεων. Αναφορικά με τη κατανάλωση αυτών, ποσοστό 62.2% του πληθυσμού ηλικίας άνω των 15 ετών τα χρησιμοποιεί στη διατροφή του επί καθημερινής βάσης, ενώ μόλις το 0.7% δεν τα καταναλώνει καθόλου. Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 2.25, οι γυναίκες και πάλι καταναλώνουν τα προϊόντα αυτά σε μεγαλύτερο ποσοστό απ' ότι οι άνδρες.



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Διάγραμμα 2.24

Ποσοστιαία κατανομή ανδρών και γυναικών ηλικίας 15 ετών και άνω κατά συχνότητα κατανάλωσης φρούτων ή φυσικών χυμών φρούτων (2014)

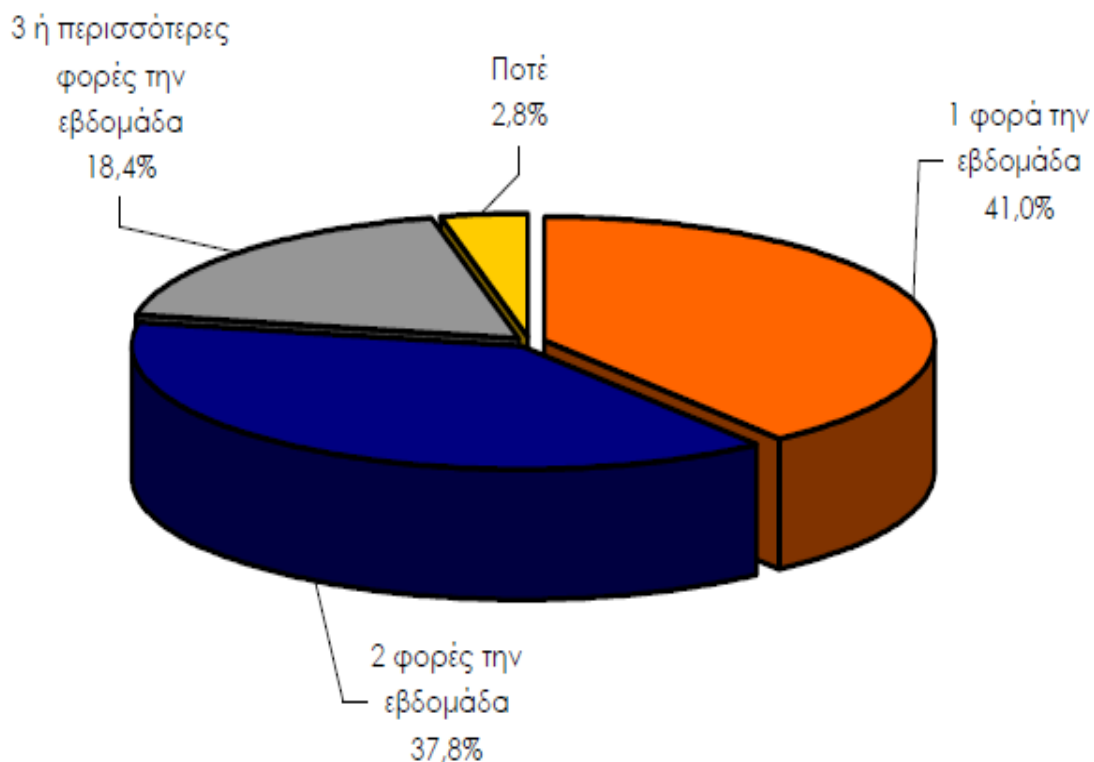


Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Διάγραμμα 2.25

Ποσοστιαία κατανομή ανδρών και γυναικών ηλικίας 15 ετών και άνω κατά συχνότητα κατανάλωσης λαχανικών, σαλατών ή χυμών φρέσκων λαχανικών (2014)

Η συχνή κατανάλωση κόκκινου κρέατος (χοιρινό, μοσχάρι, αρνί και κατσίκι) συμβάλει αρνητικά στη αποτροπή των χρόνιων παθήσεων, ενώ το άσπρο κρέας (κοτόπουλο, γαλοπούλα και κουνέλι) συμβάλουν αποτρεπτικά στις χρόνιες παθήσεις.



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Διάγραμμα 2.26

Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω κατά συχνότητα κατανάλωσης κόκκινου κρέατος (2014)

Στο Διάγραμμα 2.26 φαίνεται η κατανάλωση κόκκινου κρέατος, όπου το 78.8% του πληθυσμού ηλικίας άνω των 15 ετών καταναλώνουν κόκκινο κρέας το πολύ δύο φορές την εβδομάδα, ενώ το 18.4% καταναλώνουν τρεις ή περισσότερες φορές την εβδομάδα και μόνο το 2.8% δεν καταναλώνει καθόλου κόκκινο κρέας.

2.5.4 Κάπνισμα

Το κάπνισμα θεωρείται ένας από τους πλέον επιβαρυντικούς παράγοντες για την υγεία των ανθρώπων και θεωρείται υπεύθυνο για την εκδήλωση διαφόρων ασθενειών. Αυτός είναι ο βασικός λόγος για τον οποίο σε πολλές χώρες, όπως και στη χώρα μας, έχουν τεθεί κανόνες απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους και σε χώρους εργασίας, αφενός για την προστασία των καπνιστών αφετέρου για την προστασία των μη καπνιστών-παθητικών καπνιστών.

Πίνακας 2.9

Ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω κατά συχνότητα καπνίσματος (2014)

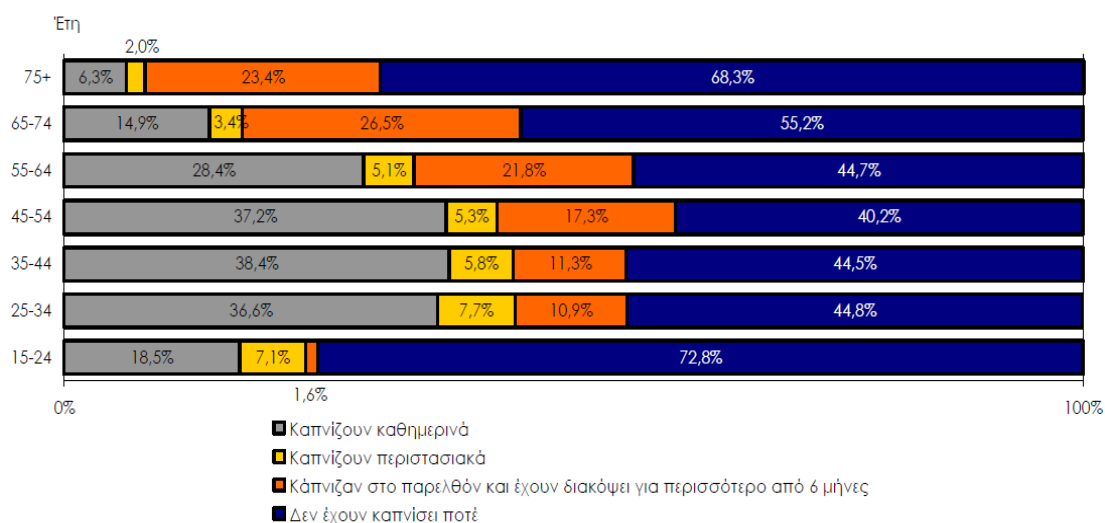
%	Άρρενες	Θήλεις	Σύνολο
Καθημερινά	33.8	21.4	27.3
Περιστασιακά	5.6	5.0	5.3
Κάπνιζα στο παρελθόν και έχω διακόψει περισσότερο από 6 μήνες	22.9	9.7	16.0
Δεν έχω καπνίσει ποτέ	37.7	63.9	51.4

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Τα αποτελέσματα της έρευνας του 2014 αναφορικά με τον πληθυσμό της χώρας μας ηλικίας 15 ετών και άνω, το 27.3% του πληθυσμού καπνίζουν συστηματικά, επί καθημερινής βάσεως, το 5.3% περιστασιακά, το 16% κάπνιζαν στο παρελθόν και το έχουν διακόψει για διάστημα μεγαλύτερο των έξι μηνών, ενώ το 51.4% δεν έχει καπνίσει ποτέ. Σε κάθε κατηγορία καπνίσματος από τις παραπάνω οι άνδρες υπερτερούν έναντι των γυναικών.

Στην έρευνα του 2009 το ποσοστό των καπνιστών σε καθημερινή βάση ήταν 31.9% αυξημένο κατά 14.4% σε σύγκριση με το 2014, ενώ το ποσοστό αυτών που κάπνιζαν περιστασιακά ήταν 6% αυξημένο κατά 11.7% σε σύγκριση με το 2014. Η μείωση του καπνίσματος κατά τη διάρκεια των ετών της κρίσης μπορεί να αποδοθεί αφενός στην αυξημένη τιμή των τσιγάρων και των ειδών καπνιστού, λόγω της επιβολής υψηλότερων φόρων, αφετέρου στη μείωση των εισοδημάτων και στη συρρίκνωση της αγοραστικής δύναμης των καπνιστών.

Στο Διάγραμμα 2.27 παρουσιάζεται, ανά ομάδες ηλικιών, η συχνότητα των καπνιστών σε καθημερινή βάση, περιστασιακά, αυτών που το έχουν διακόψει για περισσότερο από έξι μήνες και αυτών που δεν έχουν καπνίσει καθόλου. Στις ηλικίες από 25 έως και 34 ετών παρουσιάζεται το μεγαλύτερο ποσοστό τόσο στα άτομα που καπνίζουν καθημερινά, όσο και σε αυτά που καπνίζουν περιστασιακά. Στην ηλικιακή ομάδα 45-54 ετών παρουσιάζεται το μικρότερο ποσοστό σε αυτά που δεν έχουν καπνίσει ποτέ, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζεται στην ηλικιακή ομάδα από 15 έως και 24 ετών. Στις ηλικίες 75 ετών και άνω παρουσιάζεται το μικρότερο ποσοστό στα άτομα που καπνίζουν καθημερινά όσο και σε αυτά που καπνίζουν περιστασιακά, ενώ στις ηλικίες από 65 έως και 74 ετών παρουσιάζεται το μεγαλύτερο ποσοστό σε αυτά που κάπνιζαν και το έχουν διακόψει για περισσότερο από έξι μήνες.

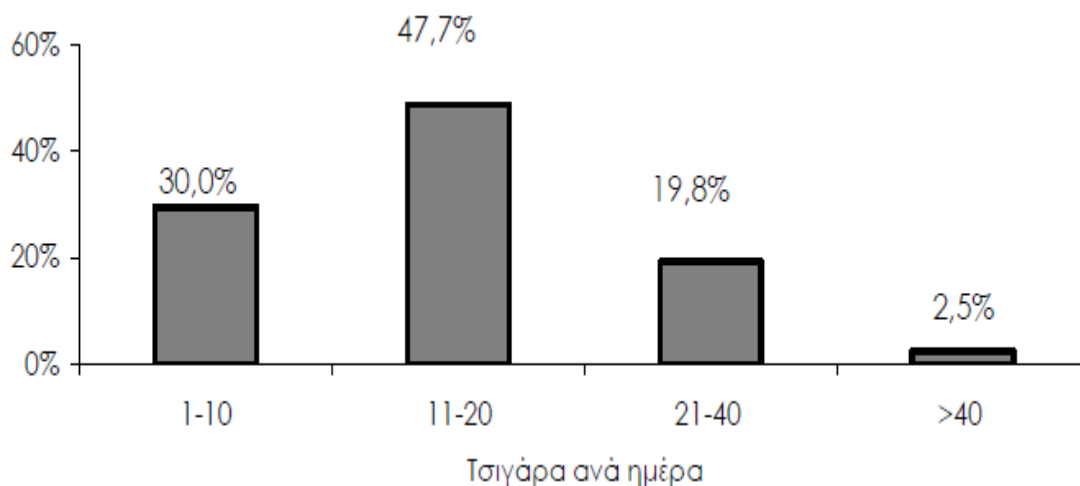


Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Διάγραμμα 2.27

Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω για κάθε ηλικιακή ομάδα κατά συχνότητα καπνίσματος (2014)

Το 98,3% των καπνιστών ηλικίας 15 ετών και άνω που καπνίζει είτε καθημερινά είτε περιστασιακά καταναλώνει τα τσιγάρα από πακέτα ή τα στριφτά.

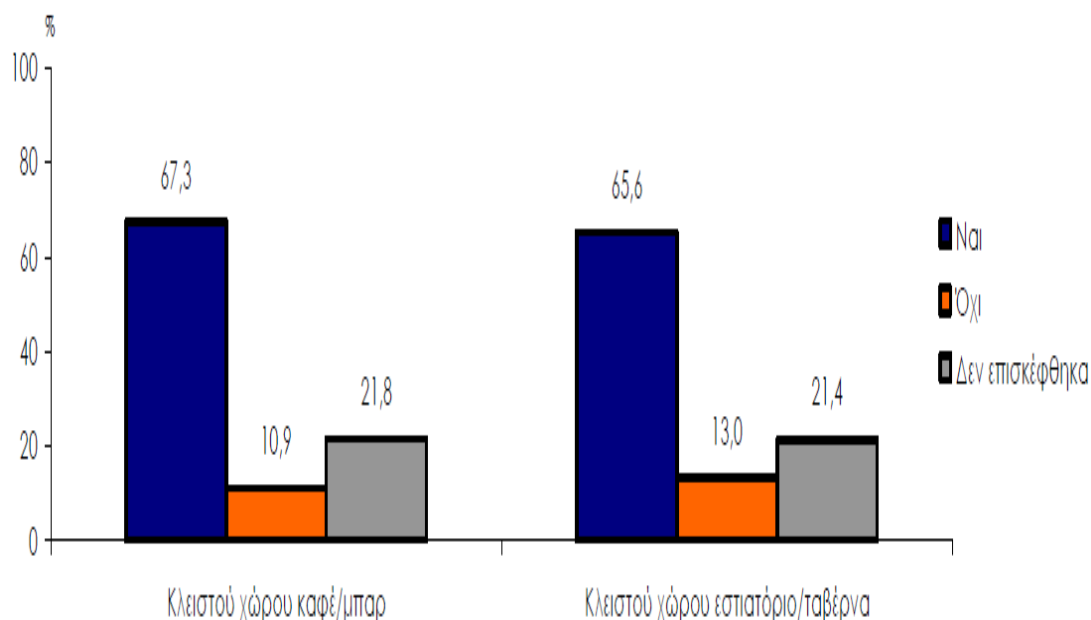


Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Διάγραμμα 2.28

Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω που καπνίζει καθημερινά κατά ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων (2014)

Στο Διάγραμμα 2.28 παρουσιάζεται ποσοστιαία η κατανάλωση του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω που καπνίζουν επί καθημερινής βάσεως τσιγάρα. Το 47.7% καπνίζουν από 11 έως και 20 τσιγάρα, το 30% από 1 έως και 10 τσιγάρα, το 19.8% από 21 έως και 40 τσιγάρα και μόλις το 2.5% περισσότερα από 40 τσιγάρα.



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

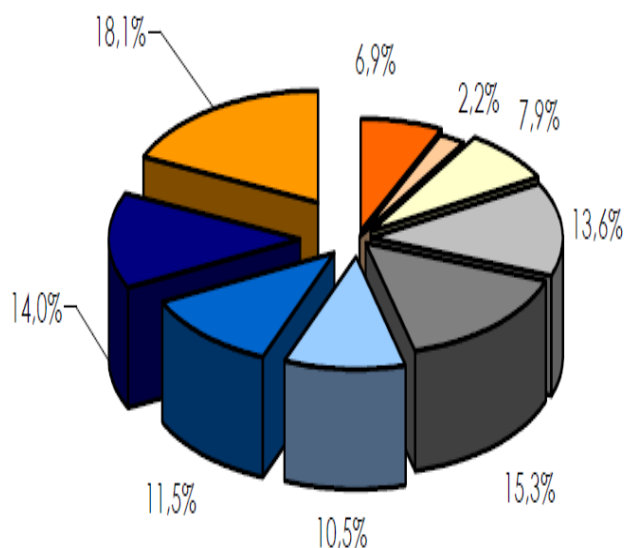
Διάγραμμα 2.29

Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω ανάλογα με το βαθμό έκθεσης σε καπνό τσιγάρου σε κλειστό χώρο (2014)

Τέλος, στο Διάγραμμα 2.29 φαίνεται ποσοστιαία η κατανομή του πληθυσμού που είναι ή δεν είναι εκτεθειμένο σε καπνό τσιγάρου σε κλειστό χώρο. Το 67.3% έχει εκτεθεί σε καφέ ή μπαρ και το 65% σε εστιατόρια ή ταβέρνες. Αν δεν ληφθούν υπόψιν τα άτομα που δεν έχουν επισκεφθεί τους χώρους αυτούς, τότε το 86.1% έχει εκτεθεί σε καφέ ή μπαρ και το 83.4% σε εστιατόρια ή ταβέρνες.

2.5.5 Κατανάλωση αλκοόλ

Τα αλκοολούχα ποτά (μπύρα, κρασί, ουίσκι, λικέρ, βότκα, ούζο, τσίπουρο, ρακί, σαμπάνια κ.λπ.) μπορούν να θεωρηθούν ως ένας επιβαρυντικός παράγοντας για την υγεία των ανθρώπων.



- καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά
- 5-6 ημέρες την εβδομάδα
- 3-4 ημέρες την εβδομάδα
- 1-2 ημέρες την εβδομάδα
- 2-3 ημέρες τον μήνα
- 1 φορά τον μήνα
- Λιγότερο από 1 φορά τον μήνα
- Ποτέ κατά τους τελευταίους 12 μήνες/δεν καταναλώνω πλέον αλκοόλ
- Ποτέ ή μόνο μερικές γουλίες/δοκιμές, σε ολόκληρη τη ζωή μου

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Διάγραμμα 2.30

Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω κατά συχνότητα κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών (2014)

Από τα αποτελέσματα της έρευνας του 2014, τα οποία εμφανίζονται στο Διάγραμμα 2.30, προκύπτει ότι το 6.9% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά επί καθημερινής ή σχεδόν επί καθημερινής βάσεως. Το ποσοστό αυτό ήταν υψηλότερο στην έρευνα του 2009 και έφθανε στο 9.7%. Η μείωση αυτή κατά 29.8% μπορεί να αποδοθεί στη μειωμένη αγοραστική δυνατότητα των καταναλωτών. Το 2.2% του πληθυσμού καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά από πέντε έως και έξι ημέρες την εβδομάδα, το 7.9% από τρεις έως και τέσσερις ημέρες την εβδομάδα, το 13.6% από μία έως και δύο ημέρες την εβδομάδα, το 15.3% από δύο έως τρεις ημέρες το μήνα, το 10.5% μία ημέρα το μήνα, το 11.5% λιγότερο από μία ημέρα το μήνα, το 14% καθόλου τους 12 τελευταίους μήνες, ενώ το 18.1% ποτέ ή απλά δοκίμασαν σε όλη τη ζωή τους.

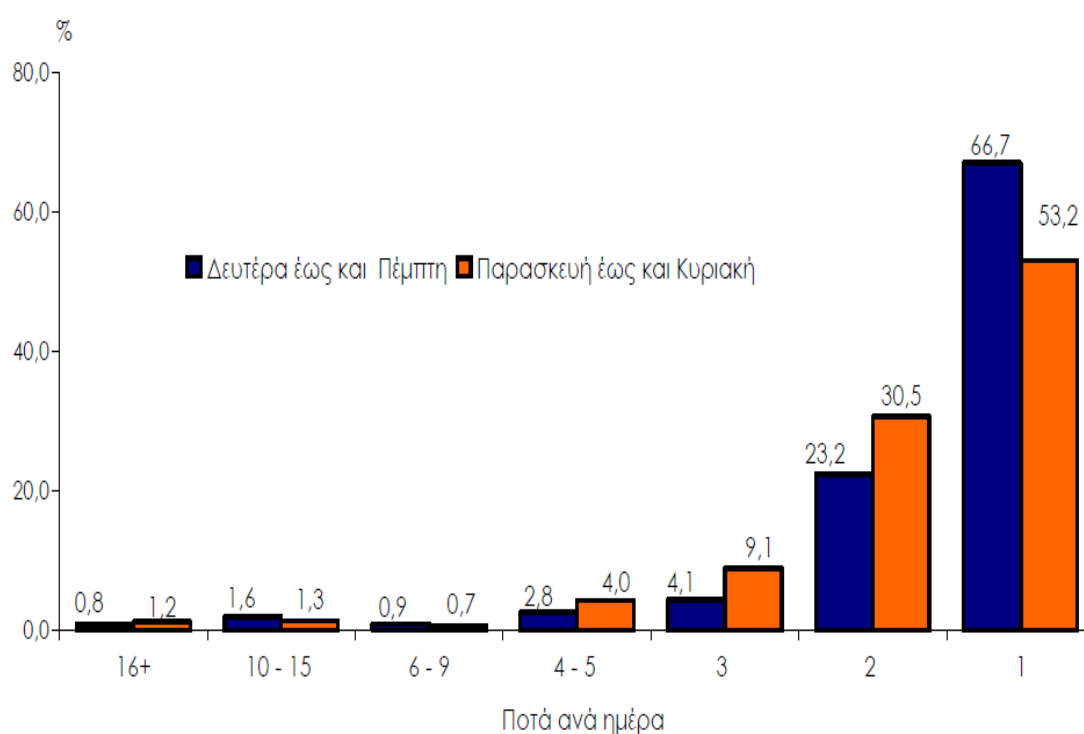
Πίνακας 2.10

Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω για κάθε ηλικιακή ομάδα κατά συχνότητα κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών (2014)

%	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Σύνολο
Καταναλώνουν καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά αλκοόλ	0.5	1.6	6.9	6.2	10.7	11.4	10.6	6.9
Καταναλώνουν αλκοόλ 2 από τις 3 ημέρες (Παρασκευή - Σάββατο - Κυριακή)	52.2	46.8	37.3	30.6	31.7	28.0	19.6	35.7

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Στον Πίνακα 2.10 φαίνεται η ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού για κάθε ομάδα ηλικιών με βάση τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ.



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Διάγραμμα 2.31

Μέσος όρος αλκοολούχων ποτών που καταναλώνονται κατά τη διάρκεια της εβδομάδας

Το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού και συγκεκριμένα το 11.4% που καταναλώνουν καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά καταγράφεται στις ηλικίες από 65

έως και 74 ετών, ενώ το μικρότερο στις ηλικίες από 15 έως και 24 ετών. Επίσης, το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού και συγκεκριμένα το 52.2% που καταναλώνουν το τριήμερο (Παρασκευή, Σάββατο, Κυριακή) είναι στις ηλικίες από 15 έως και 24 ετών, ενώ το μικρότερο είναι στις ηλικίες 75 ετών και άνω.

Τέλος, με βάση το Διάγραμμα 2.31, ένα ποτό την ημέρα καταναλώθηκε τις καθημερινές (από Δευτέρα έως και Πέμπτη) καταναλώθηκε από το 66.7% του πληθυσμού που κατανάλωσαν αλκοόλ κατά τη διάρκεια του τελευταίου δωδεκάμηνου ενώ το τριήμερο (Παρασκευή, Σάββατο, Κυριακή) από το 53.2%. Τα ποσοστά αυτά μειώνονται όσο αυξάνεται ο αριθμός των αλκοολούχων ποτών που καταναλώνονται ανά ημέρα. Σημειώνεται ότι όσο μειώνεται η κατανάλωση του αριθμού των αλκοολούχων ποτών ανά ημέρα τόσο υπερτερεί η κατανάλωση το τριήμερο (Παρασκευή, Σάββατο, Κυριακή) σε σύγκριση με τη κατανάλωση στις καθημερινές.

2.6 Παράγοντες που επηρεάζουν τη ψυχική υγεία και νοσηρότητα

Η οικονομική κρίση έχει επιπτώσεις όχι μόνο στη σωματική υγεία αλλά και στη ψυχική υγεία των ατόμων. Οι άνεργοι και κυρίως οι μακροχρόνιοι άνεργοι οδηγούνται λόγω της φτώχειας στον κοινωνικό αποκλεισμό και εντάσσονται στις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, με αυξημένο κίνδυνο να πληγούν από σωματικά ή ψυχικά νοσήματα. Είναι, άλλωστε, διεθνώς παρατηρημένο ότι τα άτομα, τα οποία διακρίνονται από ψυχικές διαταραχές, είναι εθισμένα και εξαρτημένα από ουσίες, έχουν αυτοκτονικές τάσεις και κυρίως ανήκουν σε χαμηλές κοινωνικές και οικονομικές τάξεις.

Πίνακας 2.11

Αριθμός εξελθόντων ασθενών με ψυχικές διαταραχές κατά τα έτη

2000, 2010, 2011 και 2012

Νόσημα	2000	2010	2011	2012
Γεροντικές και προγεροντικές οργανικές ψυχωτικές καταστάσεις	1778	3140	3807	4241
Σχιζοφρενικές ψυχώσεις	1796	1729	3497	10073
Συναισθηματικές ψυχώσεις	6338	8455	8929	8934
Άλλες ψυχώσεις	14143	14101	11804	6869

Νευρώσεις και διαταραχές της προσωπικότητας	2680	2445	2720	3369
Σύνδρομο αλκοολικής εξάρτησης	1509	2263	1726	1263
Φαρμακευτική εξάρτηση	1716	2293	2092	1776
Διαταραχές φυσιολογικών λειτουργιών που προκύπτουν από ψυχολογικούς παράγοντες	155	114	104	119
Πνευματική καθυστέρηση	645	419	453	779
Λοιπές ψυχικές διαταραχές	5029	4154	4473	3226
Σύνολο	35789	39113	39605	40649

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Ο Πίνακας 2.11 περιέχει τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής και εμφανίζει τον αριθμό των εξελθόντων ασθενών με ψυχικές διαταραχές για τα έτη 2000, 2010, 2011 και 2012. Παρατηρούμε μια αυξητική τάση του αριθμού αυτού. Ο αριθμός των εξελθόντων ασθενών από 35.789 το 2000 αυξήθηκε σε 39.113 το 2010, αύξηση κατά 9.3%. Η μεγαλύτερη ποσοστιαία αύξηση της τάξεως του 76.6% παρατηρήθηκε στις γεροντικές και προγεροντικές οργανικές ψυχωτικές καταστάσεις. Κατά τα έτη της κρίσης (2010 έως 2012) παρατηρούμε μια αύξηση στο σύνολο του αριθμού των εξελθόντων ασθενών με ψυχικές διαταραχές κατά 3.9%. Επίσης, παρατηρούνται αυξήσεις στις γεροντικές και προγεροντικές οργανικές ψυχωτικές καταστάσεις κατά 35%, στις συναισθηματικές ψυχώσεις κατά 5.7% και στις νευρώσεις και διαταραχές της προσωπικότητας κατά 37.9%. Η μεγαλύτερη, όμως, αύξηση παρατηρήθηκε στις σχιζοφρενικές ψυχώσεις, οι οποίες αυξήθηκαν στο διάστημα από το 2010 έως το 2012 κατά 482.59%. Η αισθητά μεγάλη αύξηση στις σχιζοφρενικές ψυχώσεις, η οποία παρατηρείται κυρίως σε νέα άτομα μπορεί να αποδοθεί στα υψηλά ποσοστά ανεργίας των νέων.

Σε διεθνές επίπεδο με την παγκόσμια οικονομική κρίση από το έτος 2008 και μετά παρατηρείται μια αυξητική τάση των ψυχικών νοσημάτων, σαν αποτέλεσμα των αρνητικών οικονομικών παραγόντων, όπως η μείωση των εισοδημάτων, η αύξηση της ανεργίας και η κοινωνική τάξη. Ακόμη κι οι εργαζόμενοι λόγω της εργασιακής ανασφάλειας, του αυξημένου φόρτου εργασίας και της αυξημένης πίεσης κινδυνεύουν από το φαινόμενο της κατάθλιψης.

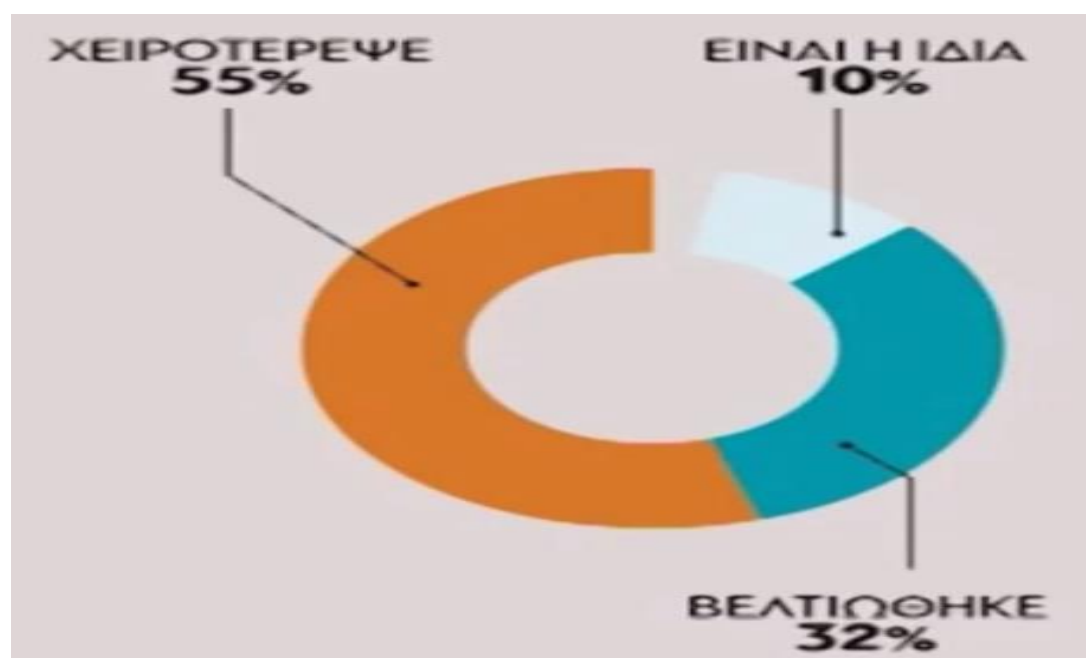
Στον Καναδά ο επιπολασμός της κατάθλιψης πριν από το 2008 ήταν 5,1%, αυξήθηκε στο 6,8% μέχρι το Μάρτιο του 2009 και σε 7,6% τον Οκτώβριο του 2009.

Στην Ισπανία ο αριθμός των ατόμων που έπαιρναν αντικαταθλιπτικά φάρμακα αυξήθηκε τη περίοδο 2007 έως 2009 κατά 17%, ενώ ο αριθμός των ασθενών στα ιατρεία με σοβαρή κατάθλιψη στην περίοδο 2006 έως 2010 αυξήθηκε από 19% στο 48%. Ο αριθμός των ατόμων που έκανε κατάχρηση οινόπνεύματος αυξήθηκε από το 1% στο 6%.

Στη Μεγάλη Βρετανία η χρήση αντικαταθλιπτικών από το 2007 έως το 2010 αυξήθηκε κατά 22%. Οι χώρες που επλήγησαν περισσότερο από την τελευταία οικονομική κρίση, όπως η Ελλάδα και η Ιρλανδία σημείωσαν τη μεγαλύτερη αύξηση στις αυτοκτονίες, κατά 17% και 13% αντίστοιχα.

2.6.1 Κατάθλιψη

Διεθνείς μελέτες, που έχουν γίνει, επιβεβαιώνουν το γεγονός ότι οι οικονομικές κρίσεις και οι απορρέουσες οικονομικές πιέσεις στα άτομα της κοινωνίας δημιουργούν μεγάλες πιθανότητες εμφάνισης του φαινομένου της κατάθλιψης. Εκτός από τους αμιγείς οικονομικούς παράγοντες, ο φόβος, η ανασφάλεια και η αβεβαιότητα μπορούν να γίνουν η κύρια αιτία εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων.



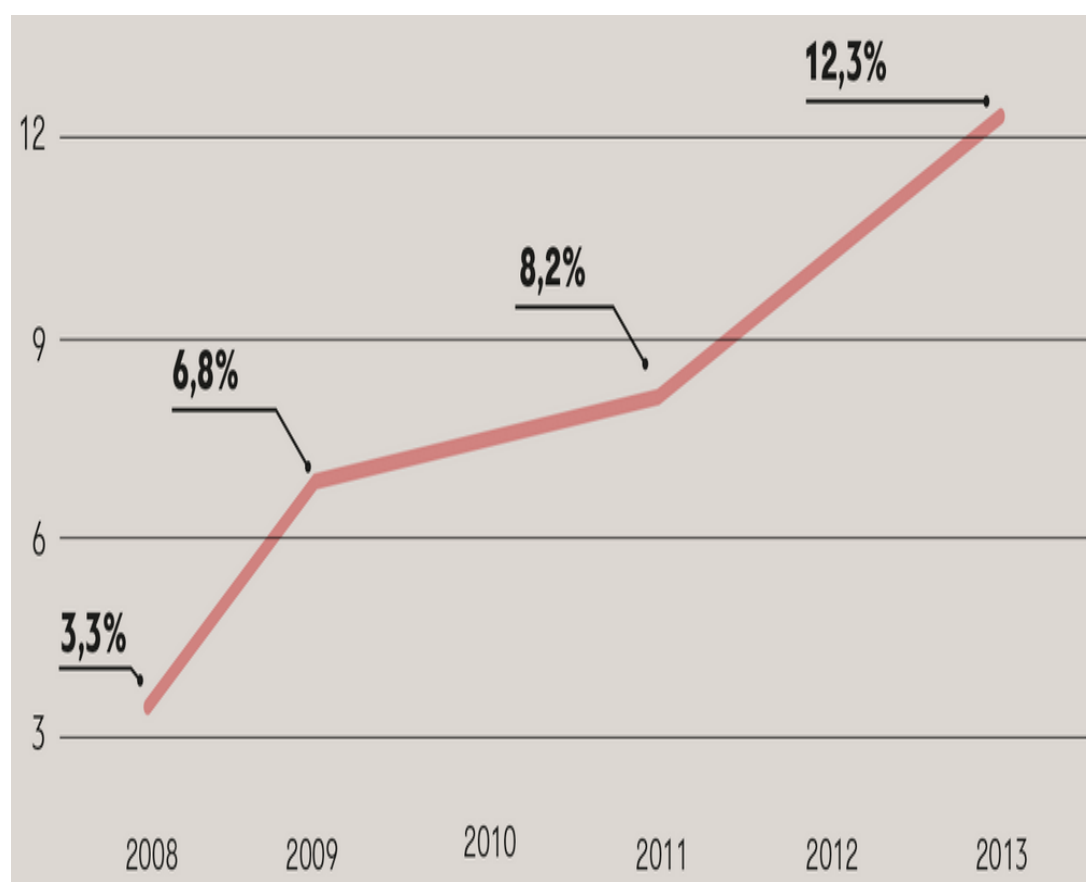
Πηγή: Metron Analysis/διαNEΟσις

Διάγραμμα 2.32

Η διάθεση και η ψυχική κατάσταση των συμμετεχόντων στα χρόνια της κρίσης σε σχέση με τα χρόνια πριν την κρίση

Σύμφωνα με την έρευνα της *Metron Analysis*, η οποία εμφανίζεται στο διάγραμμα 2.32, το 55% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι χειροτέρευσε η διάθεσή τους και η ψυχική τους κατάσταση σε σχέση με τα χρόνια πριν την κρίση, το 32% ότι βελτιώθηκε και το 10% ότι παρέμεινε η ίδια.

Κατά την πανελλαδική τηλεφωνική έρευνα σε δύο φάσεις το 2008 και το 2009, στην προσπάθεια διερεύνησης της ενδεχόμενης συσχέτισης της οικονομικής κρίσης με το Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο (ΜΚΕ) παρατηρήθηκε ότι το 2008 το ποσοστό ήταν 3.3%, ενώ το 2009 ήταν 6.8%, αύξηση κατά 110%. Παρατηρήθηκε, επίσης, ότι μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης ΜΚΕ διέτρεχαν οι γυναίκες, οι ηλικιωμένοι, τα άτομα χαμηλού πνευματικού, κοινωνικού και οικονομικού επιπέδου, οι μακροχρόνιοι άνεργοι, οι χήροι/χήρες και οι διαζευγμένοι. Σε ανάλογη έρευνα παρατηρήθηκε ότι το 2011, ο επιπολασμός του Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο (ΜΚΕ) ήταν 8.2%, ενώ το 2013 αυξήθηκε σε 12.3%. Τα παραπάνω αποτελέσματα εμφανίζονται στο Διάγραμμα 2.33.

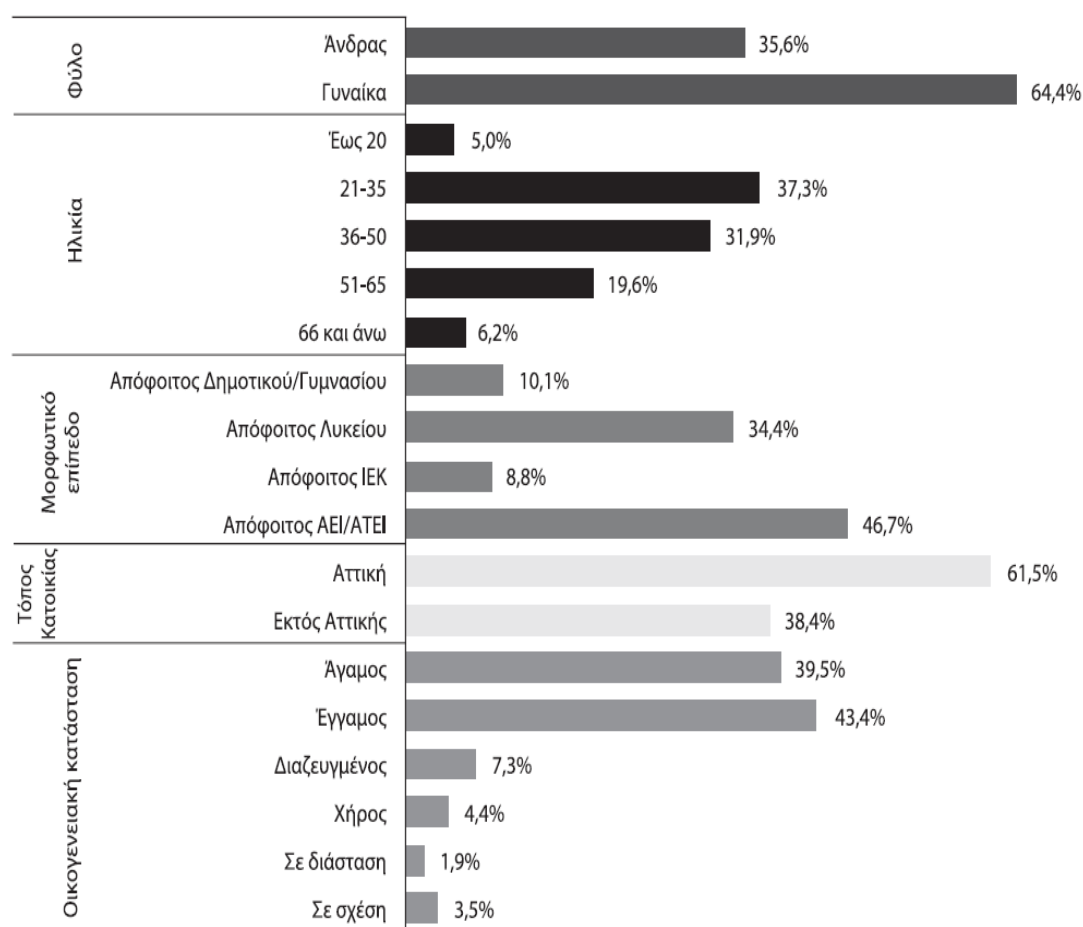


Πηγή: διαNEOσις/ΕΠΙΨΥ

Διάγραμμα 2.33
Ποσοστό του πληθυσμού με μείζονα κατάθλιψη

Αναφορικά με τις πληθυσμιακές ομάδες παρατηρήθηκε ότι μεγαλύτερη πιθανότητα νοσήματος από το Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο (ΜΚΕ) έχουν τα άτομα άνω των 45 ετών, τα άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου και οι άνεργοι, ενώ σε κατάσταση διαταραχής γενικευμένου άγχους βρίσκονται τα άτομα ηλικίας από 25 έως και 44 ετών, τα άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου και οι εργαζόμενοι. Οι έγγαμοι σε κατάσταση οικονομικής κρίσης εμφανίζουν μεγάλες πιθανότητες νόσησης και από το ΜΚΕ και από τη κατάσταση γενικευμένου άγχους.

Το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, που επεξεργάστηκε τις τηλεφωνικές κλήσεις ατόμων που ζήτησαν βοήθεια στη τηλεφωνική γραμμή βοήθειας για τη κατάθλιψη παρατήρησε ότι το 84.7% από τις 7526 κλήσεις ανέφεραν ένα τουλάχιστον ψυχοπαθολογικό σύμπτωμα. Σχεδόν οι μισοί από αυτούς που κάλεσαν παρουσίαζαν καταθλιπτικού τύπου συναισθήματα, όπως έλλειψη διάθεσης, θλίψη και λύπη.



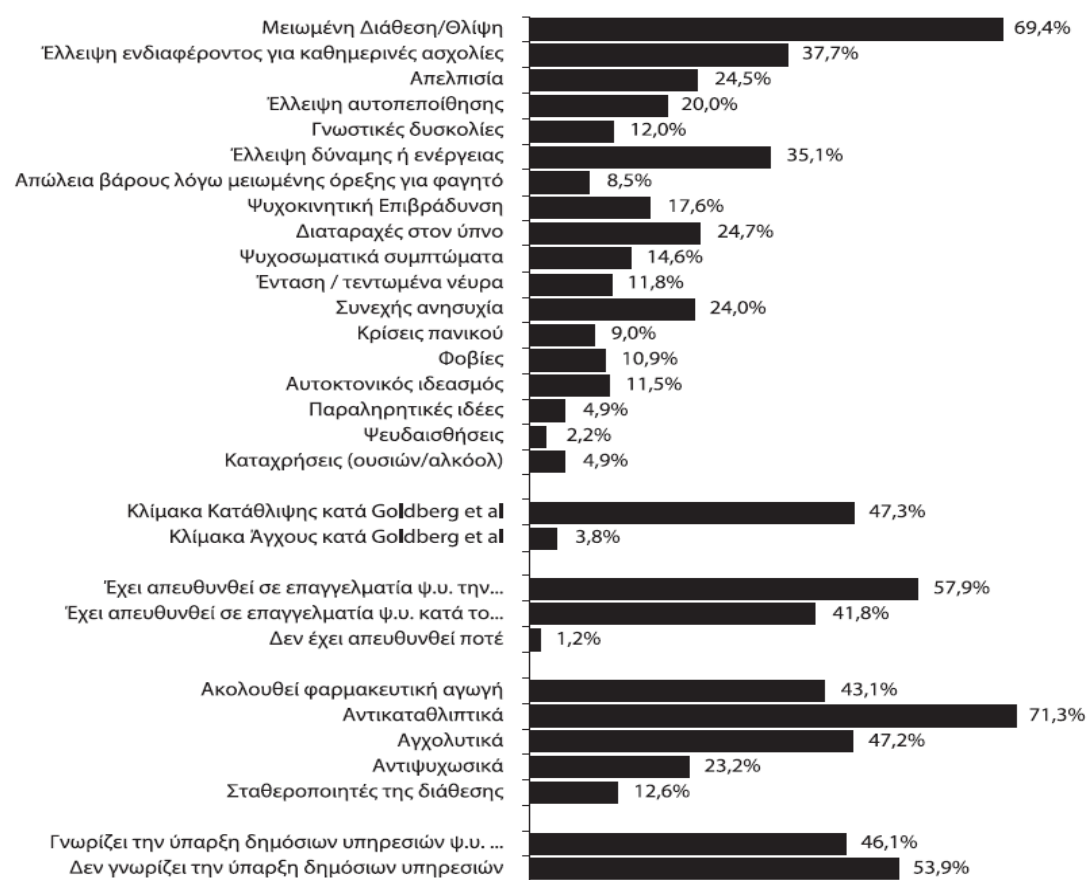
Πηγή: ΕΠΨΥ

Διάγραμμα 2.34

Κοινωνικό και δημογραφικό προφίλ του ενδιαφερόμενου

Σύμφωνα με το Διάγραμμα 2.34, το 64.4% των ατόμων που κάλεσαν ήταν γυναίκες, το 37.3% ηλικίας από 21 έως και 35 ετών, το 46.7% απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, το 61.5% κάτοικοι Αττικής και το 43.4% έγγαμοι.

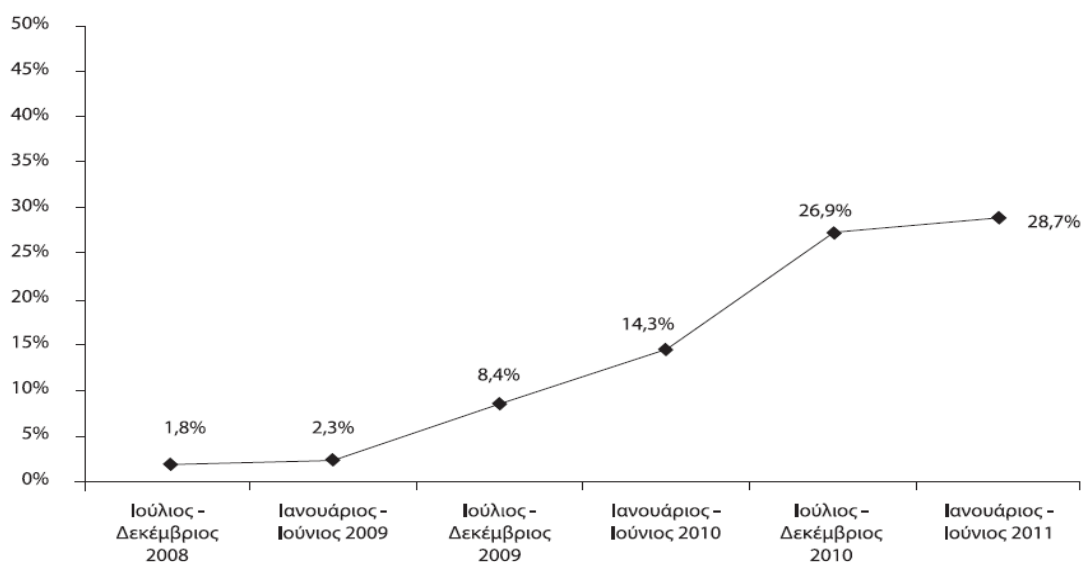
Στο Διάγραμμα 2.35 καταγράφονται τα κλινικά συμπτώματα των καλούντων στη τηλεφωνική γραμμή βοήθειας. Τα συμπτώματα που παρουσιάζει το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων είναι η μειωμένη διάθεση-θλίψη κατά 69.4%, η έλλειψη ενδιαφέροντος για καθημερινές ασχολίες κατά 37.7%, η έλλειψη ενέργειας ή ενέρειας κατά 35.1%, οι διαταραχές στον ύπνο κατά 24.7%, η απελπισία κατά 24.5%, η έλλειψη αυτοπεποίθησης κατά 20%, η συνεχής ανησυχία κατά 24%, η έλλειψη δύναμης ή ενέρειας κατά 20% και η ψυχοκινητική επιβράδυνση κατά 17.6%. Το 57.9% των ατόμων έχει απευθυνθεί σε επαγγελματία ψυχικής υγείας τη δεδομένη στιγμή, ενώ το 41.8% κατά το παρελθόν και μόλις το 1.2% δεν έχει απευθυνθεί ποτέ. Το 43.1% ακολουθεί φαρμακευτική αγωγή, εκ των οποίων το 71.3% λαμβάνει αντικαταθλιπτικά, το 47.2% αγχολυτικά, το 23.2% αντιψυχωσικά και το 12.6% σταθεροποιητές της διάθεσης.



Πηγή: ΕΠΨΥ

Διάγραμμα 2.35

Το κλινικό προφίλ των καλούντων στην τηλεφωνική γραμμή



Πηγή: ΕΠΙΨΥ

Διάγραμμα 2.36

Ποσοστό των κλήσεων με άμεση ή έμμεση αναφορά στην οικονομική κρίση

Στο Διάγραμμα 2.36 φαίνεται το ποσοστό των ληφθέντων τηλεφωνημάτων με άμεση ή έμμεση αναφορά στην οικονομική κρίση και σε ζητήματα σχετικά με αυτήν. Όπως παρατηρούμε το δεύτερο εξάμηνο του 2008 ήταν 1.8%, αυξήθηκε σε 2.3% το πρώτο εξάμηνο του 2009, στο 8.4% το δεύτερο εξάμηνο του 2009, στο 14.3% το πρώτο εξάμηνο του 2010 και παρουσίασε ραγδαία και απότομη αύξηση στο 26.9% το δεύτερο εξάμηνο του 2010 και στο 28.7% το πρώτο εξάμηνο του 2011.

Πίνακας 2.12

Κλινικό προφίλ όσων αναφέρθηκαν άμεσα ή έμμεσα στην οικονομική κρίση συγκριτικά με όσους δεν αναφέρθηκαν

	Αναφορά σε ζητήματα σχετικά με την οικονομική κρίση	Μη αναφορά σε ζητήματα οικονομικής κρίσης
Συμπτώματα (%)		
Μειωμένη διάθεση/θλίψη	89.4	73.2
Έλλειψη ενδιαφέροντος για καθημερινές δραστηριότητες	59.0	46.0
Απελπισία	36.0	34.9
Έλλειψη αυτοπεποίθησης	41.4	28.6
Γνωστικές δυσκολίες	25.6	17.1

Έλλειψη δύναμης ή ενέργειας	46.5	41.3
Απώλεια βάρους λόγω μειωμένης όρεξης για φαγητό	8.1	9.1
Ψυχοκινητική επιβράδυνση	26.7	26.2
Διαταραχές στον ύπνο	32.6	28.6
Ψυχοσωματικά συμπτώματα	17.4	15.9
Ένταση/τεντωμένα νεύρα*	7.1	17.7
Συνεχής ανησυχία	38.4	26.6
Κρίσεις πανικού	7.0	6.0
Φοβίες	10.5	8.3
Αυτοκτονικός ιδεασμός	15.1	13.9
Παραληρητικές ιδέες	2.3	5.2
Ψευδαισθήσεις	1.2	0.8
Καταχρήσεις (ουσιών/αλκοόλ)*	2.3	10.3
Goldberg et al	ΜΟ (τ.α.)	ΜΟ (τ.α.)
Κλίμακα Κατάθλιψης** κατά Goldberg et al	3.76 (1.45)	3.09 (1.69)
Κλίμακα Άγχους κατά Goldberg et al	3.33 (1.20)	3.33 (1.23)
Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας (%)		
Έχει απευθυνθεί σε επαγγελματία ψυχικής υγείας την παρούσα στιγμή	56.9	56.1
Έχει απευθυνθεί σε επαγγελματία ψυχικής υγείας κατά το παρελθόν/ Δεν έχει απευθυνθεί	43.1	43.9
Φάρμακα (%)		
Ακολουθεί φαρμακευτική αγωγή	33.7	37.7
Αντικαταθλιπτικά	75.0	81.4
Αγχολυτικά	65.0	47.8
Αντιψυχωσικά	12.5	23.0
Σταθεροποιητές της διάθεσης	12.5	10.6
Γνωρίζει την ύπαρξη δημόσιων υπηρεσιών ψυχικής υγείας κοντά στην περιοχή κατοικίας του (%)	43.9	43.2

*Στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα της τάξεως του $p < 0.001$

**Στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα της τάξεως του $p < 0.01$

Πηγή: ΕΠΨΥ

Στον Πίνακα 2.12 καταγράφεται το κλινικό προφίλ των ατόμων που άμεσα ή έμμεσα αναφέρθηκαν στην οικονομική κρίση ή σε ζητήματα σχετικά με αυτήν, σε σύγκριση με αυτών των ατόμων που δεν έκαναν αναφορά στην οικονομική κρίση ή σε ζητήματα σχετικά με αυτήν. Σε ορισμένα συμπτώματα υπήρχε απόκλιση και διαφορά στα ποσοστά των ατόμων που έκαναν αναφορά, σε σύγκριση με αυτά που δεν έκαναν αναφορά. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι το 89.4% των ατόμων που έκαναν αναφορά στην οικονομική κρίση είχαν συμπτώματα μειωμένης διάθεσης ή θλίψης, ενώ το 73.2% των ατόμων που δεν έκαναν αναφορά παρουσίασαν τα συμπτώματα αυτά.

Από τα άτομα που έκαναν αναφορά στην οικονομική κρίση το 59% παρουσίασαν έλλειψη ενδιαφέροντος για καθημερινές δραστηριότητες, το 41.4% έδειξαν έλλειψη αυτοπεποίθησης, το 25.6% είχαν γνωστικές δυσκολίες, το 38.4% βρίσκονταν σε συνεχή ανησυχία και το 7.1% διακατείχοντο από ένταση και τετωμένα νεύρα. Τα αντίστοιχα ποσοστά των παραπάνω συμπτωμάτων για τα άτομα που δεν έκαναν αναφορά στην οικονομική κρίση ήταν 46%, 28.6%, 17.1% και 17.7%. Συμπερασματικά, στα περισσότερα συμπτώματα υπερτερούν τα ποσοστά των ατόμων που έκαναν αναφορά στην οικονομική κρίση, σε σύγκριση με τα ποσοστά των ατόμων που δεν έκαναν αναφορά. Φαρμακευτική αγωγή ακολούθησε το 37.7% των ατόμων που δεν αναφέρθηκαν στην οικονομική κρίση, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό αυτών που έκαναν αναφορά στην οικονομική κρίση ήταν 33.7%. Από τα άτομα που δεν έκαναν αναφορά στην οικονομική κρίση και ακολουθούσαν φαρμακευτική αγωγή το 81.4% λάμβαναν αντικαταθλιπτικά, το 47.8% αγχολυτικά, το 23% αντιψυχωσικά και το 10.6% σταθεροποιητές της διάθεσης. Τα αντίστοιχα ποσοστά ως προς τη λήψη φαρμάκων των ατόμων που έκαναν αναφορά στην οικονομική κρίση και ακολουθούσαν φαρμακευτική αγωγή ήταν 75%, 65%, 12.5% και 12.5%.

Πίνακας 2.13

Κλινικό προφίλ των ατόμων που εργάζονται και των ανέργων

	Εργαζόμενοι	Ανεργοί
Συμπτώματα (%)		
Μειωμένη διάθεση/θλίψη	65.9	77.7
Έλλειψη ενδιαφέροντος για καθημερινές δραστηριότητες*	35.4	42.4
Απελπισία	23.7	24.1
Έλλειψη αυτοπεποίθησης	22.2	18.9
Γνωστικές δυσκολίες*	13.6	8.1
Έλλειψη δύναμης ή ενέργειας	36.5	32.4
Απώλεια βάρους λόγω μειωμένης όρεξης για φαγητό	9.8	7.6
Ψυχοκινητική επιβράδυνση	17.5	15.9
Διαταραχές στον ύπνο	28.3	24.9
Ψυχοσωματικά συμπτώματα	8.0	4.1
Ένταση/τετωμένα νεύρα*	13.1	9.5
Συνεχής ανησυχία	27.1	17.8
Κρίσεις πανικού	11.5	8.9
Φοβίες	11.0	11.6
Αυτοκτονικός ιδεασμός	10.3	11.9

Παραληρητικές ιδέες	3.1	5.4
Ψευδαισθήσεις	1.4	2.2
Καταχρήσεις (ουσιών/αλκοόλ)*	5.9	4.6
Goldberg et al	MO (τ.α.)	MO (τ.α.)
Κλίμακα Κατάθλιψης** κατά Goldberg et al	2.53 (1.28)	2.76 (1.45)
Κλίμακα Άγχους* κατά Goldberg et al	3.44 (1.28)	2.93 (0.88)
Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας (%)		
Έχει απευθυνθεί σε επαγγελματία ψυχικής υγείας την παρούσα στιγμή	55.5	53.6
Έχει απευθυνθεί σε επαγγελματία ψυχικής υγείας κατά το παρελθόν/ Δεν έχει απευθυνθεί	44.5	46.4
Φάρμακα (%)		
Ακολουθεί φαρμακευτική αγωγή	69.9	70.0
Αντικαταθλιπτικά	73.0	76.7
Αγχολυτικά	48.5	39.6
Αντιψυχωσικά	20.3	21.4
Σταθεροποιητές της διάθεσης	13.9	8.2
Γνωρίζει την ύπαρξη δημόσιων υπηρεσιών ψυχικής υγείας κοντά στην περιοχή κατοικίας του (%)	43.2	46.0

*Στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα της τάξεως του $p < 0.01$

**Στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα της τάξεως του $p < 0.05$

Πηγή: ΕΠΨΥ

Στον Πίνακα 2.13 αναφέρεται το κλινικό προφίλ των ατόμων που εργάζονται, καθώς και αυτών που είναι άνεργοι. Μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων που ήταν άνεργοι σε σύγκριση με τους εργαζόμενους δήλωσαν μειωμένη διάθεση-θλίψη, έλλειψη ενδιαφέροντος για καθημερινές δραστηριότητες, απελπισία, φοβίες, αυτοκτονικός ιδεασμός, παραλυτικές ιδέες και ψευδαισθήσεις. Αντίθετα, μεγαλύτερο ποσοστό εργαζόμενων σε σύγκριση με τους άνεργους δήλωσαν έλλειψη αυτοπεποίθησης, γνωστικές δυσκολίες, έλλειψη δύναμης ή ενέργειας, απώλεια βάρους λόγω μειωμένης όρεξης για φαγητό, ψυχοκινητική επιβράδυνση, διαταραχές στον ύπνο, ψυχοσωματικά συμπτώματα, ένταση και τεντωμένα νεύρα, συνεχής ανησυχία, κρίσεις πανικού και καταχρήσεις ουσιών ή αλκοόλ. Μεγαλύτερο ποσοστό ανέργων σε σύγκριση με τους εργαζόμενους ελάμβαναν αντικαταθλιπτικά και αντιψυχωσικά. Αντίθετα, μεγαλύτερο ποσοστό εργαζομένων σε σύγκριση με τους άνεργους έπαιρναν αγχολυτικά και σταθεροποιητές της διάθεσης.

Πίνακας 2.14

Κατανάλωση φαρμάκων για ψυχικές νόσους (καθορισμένη ημερήσια δόση DDD) το 2006 και το 2011

	2006	2011	Μεταβολή
Αντιψυχωτικά	16.08 DDD/1000 άτομα	19.07 DDD/1000 άτομα	18.59%
Ψημωτικά	30.7 DDD/1000 άτομα	30.87 DDD/1000 άτομα	0.52%
Αντικαταθλιπτικά	40.57 DDD/1000 άτομα	54.69 DDD/1000 άτομα	34.80%

Πηγή: Κυριόπουλος

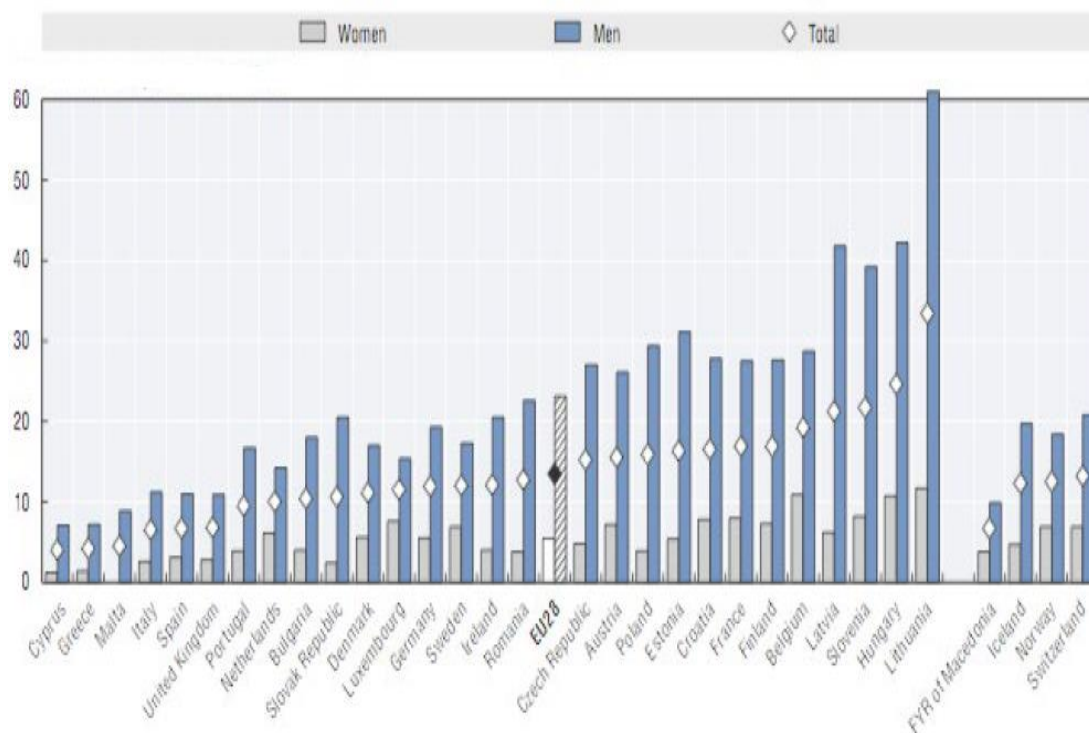
Τέλος, στον πίνακα 2.14 παρατηρούμε ότι από το 2006 στο 2011 η κατανάλωση αντιψυχωτικών αυξήθηκε κατά 18.59%, ενώ των αντικαταθλιπτικών κατά 34.8%.

2.6.2 Αυτοκτονίες

Βάσει εκτιμήσεων, περίπου 2.000 άτομα αυτοκτονούν σε καθημερινή βάση παγκοσμίως. Στις ΗΠΑ περίπου 3.000 άτομα αυτοκτονούν κάθε χρόνο και περίπου 20000 άτομα μένουν ανάπηροι λόγω αποτυχημένης απόπειρας. Τα τελευταία 20 χρόνια, η μεγαλύτερη αύξηση στις απόπειρες αυτοκτονιών παρουσιάζεται στην ηλικιακή ομάδα από 15 έως και 24 ετών. Αυτή θεωρείται μία από τις τρεις βασικές αιτίες θανάτων παιδιών και εφήβων παγκοσμίως. Αριθμητικά, το ποσοστό αυτοκτονιών των ανδρών είναι τετραπλάσιο σε σύγκριση με το αντίστοιχο των γυναικών. Ποσοστό 80% περίπου των ατόμων που αυτοκτονούν πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή.

Τα τελευταία χρόνια της κρίσης στην Ελλάδα υπάρχει έντονος προβληματισμός για την αύξηση τόσο στις αυτοκτονίες όσο και στις απόπειρες αυτοκτονιών. Πριν από την κρίση η Ελλάδα ήταν η χώρα είχε τα μικρότερα ποσοστά αυτοκτονιών, μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ.

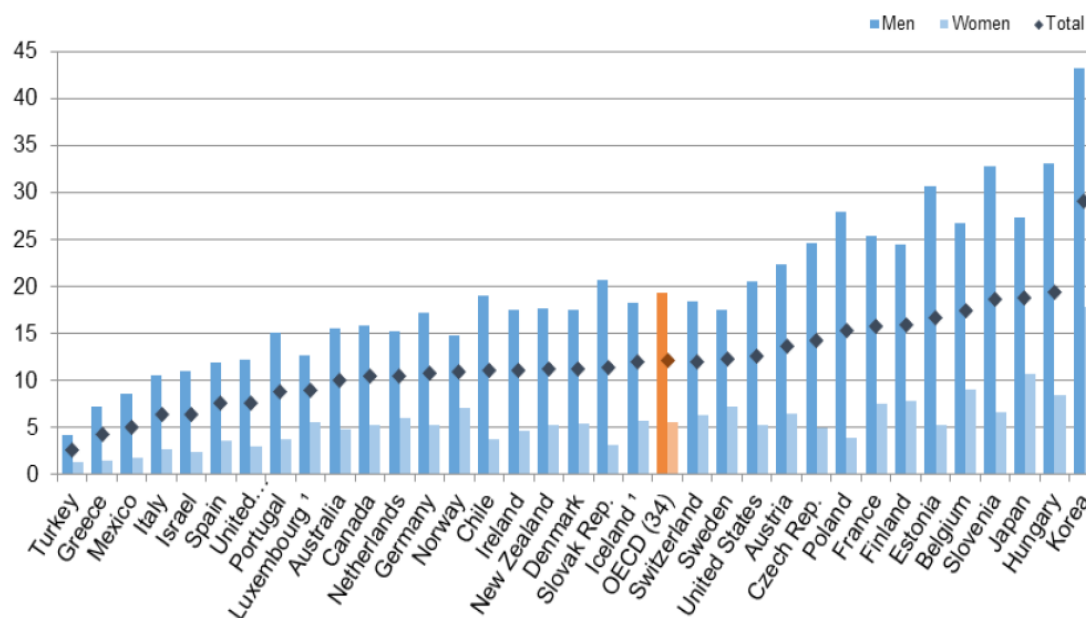
Σύμφωνα με το Διάγραμμα 2.37 μεταξύ των χωρών της Ευρώπης η Ελλάδα έχει 2.9 αυτοκτονίες ανά 100.000 άτομα. Ο αριθμός των ανδρών είναι τετραπλάσιος σε σύγκριση με αυτόν των γυναικών.



Πηγή: Eurostat Statistics Database

Διάγραμμα 2.37

**Ο αριθμός των αυτοκτονιών ανά 100000 κατοίκους στις χώρες της Ευρώπης
συνολικά και ανά φύλο**

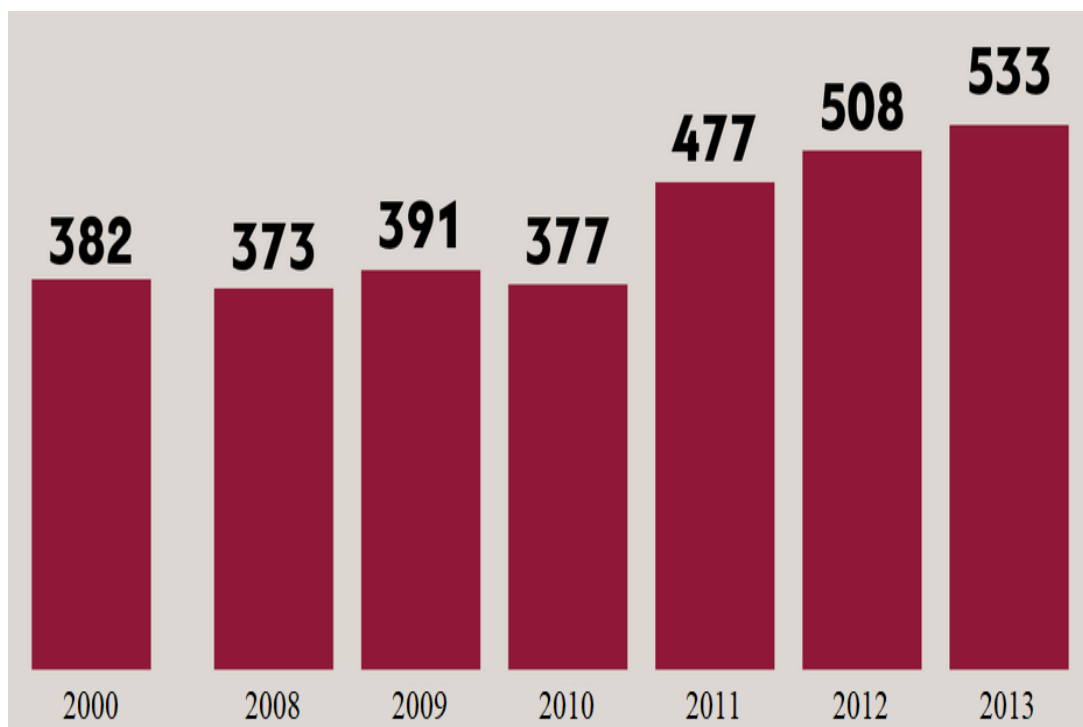


Πηγή: ΟΟΣΑ

Διάγραμμα 2.38

**Ο αριθμός των αυτοκτονιών ανά 100000 κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ
συνολικά και ανά φύλο**

Όπως διαπιστώνουμε στα Διαγράμματα 2.37 και 2.38, η Ελλάδα μαζί με την Τουρκία και την Κύπρο παρουσιάζουν τον μικρότερο αριθμό αυτοκτονιών ανά 100000 κατοίκους, τόσο ανάμεσα στις χώρες της Ευρώπης όσο και ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ.



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Διάγραμμα 2.39

Αριθμός θανάτων από αυτοκτονίες στην Ελλάδα (2000, 2007-2012)

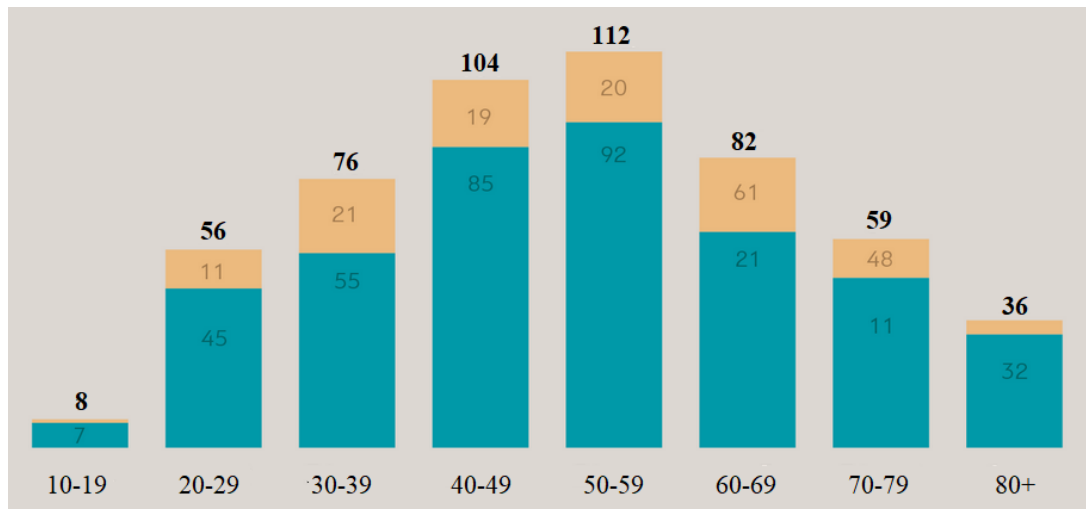
Πίνακας 2.15

Αριθμός θανάτων από αυτοκτονίες στην Ελλάδα (2000, 2007-2014)

	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Αυτοκτονίες	382	373	391	377	477	508	533	565

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Ενώ όπως παρατηρούμε στο Διάγραμμα 2.39 και στον Πίνακα 2.15 από το 2009, κατά την έναρξη της κρίσης στην Ελλάδα και για τα επόμενα χρόνια παρατηρούμε μια αυξητική τάση των αυτοκτονιών. Από 377 αυτοκτονίες το 2010 ανήλθαν σε 477 το 2011, δηλαδή αυξημένες κατά 26.5%. Από το 2011 στο 2012 αυξήθηκαν κατά 6.5%, από το 2012 στο 2013 αυξήθηκαν κατά 4.9% και από το 2013 στο 2014 αυξήθηκαν κατά 6%.



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Διάγραμμα 2.40

Αριθμός αυτοκτονιών ανά ηλικιακή ομάδα και ανά φύλο (2013)

Στο Διάγραμμα 2.40 καταγράφεται ο αριθμός των αυτοκτονιών ανά φύλο και ανά ηλικιακή ομάδα για το έτος 2013. Σε σύνολο 533 αυτοκτονιών, 425 (79.74%) ήταν άνδρες και 108 (20.26%) ήταν γυναίκες. Στην ηλικιακή ομάδα από 50 έως και 59 ετών καταγράφεται συνολικός αριθμός αυτοκτονιών που ανέρχεται σε 112 άτομα, από τα οποία 92 είναι άνδρες και 20 είναι γυναίκες. Στις ηλικίες από 10 έως και 29 ετών ο συνολικός αριθμός αυτοκτονιών ανέρχεται σε 64, από τα οποία 46 είναι άνδρες και 18 γυναίκες. Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι αύξηση του αριθμού αυτοκτονιών παρατηρήθηκε τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες.

Συσχετίζοντας την αύξηση του ποσοστού ανεργίας από το 8.6% το 2008 σε 25.2% το 2014 με την αύξηση των αυτοκτονιών, ποσοστιαία, κατά 49.87% το διάστημα αυτό, παρατηρούμε ότι για κάθε αύξηση του ποσοστού ανεργίας κατά 1% έχουμε αύξηση των αυτοκτονιών κατά 2.9 άτομα.

Η μείωση του ΑΕΠ από 231 δισεκατομμύρια ευρώ το 2009 στα 179 δισεκατομμύρια ευρώ το 2014, ποσοστιαία μείωση κατά 22.51%, μπορεί, επίσης, να θεωρηθεί μία από τις κύριες αιτίες αύξησης των αυτοκτονιών από το 2009 έως και το 2014. Για κάθε ποσοστιαία μείωση του ΑΕΠ κατά 1% παρατηρούμε αύξηση του αριθμού των αυτοκτονιών κατά 2.22 άτομα.

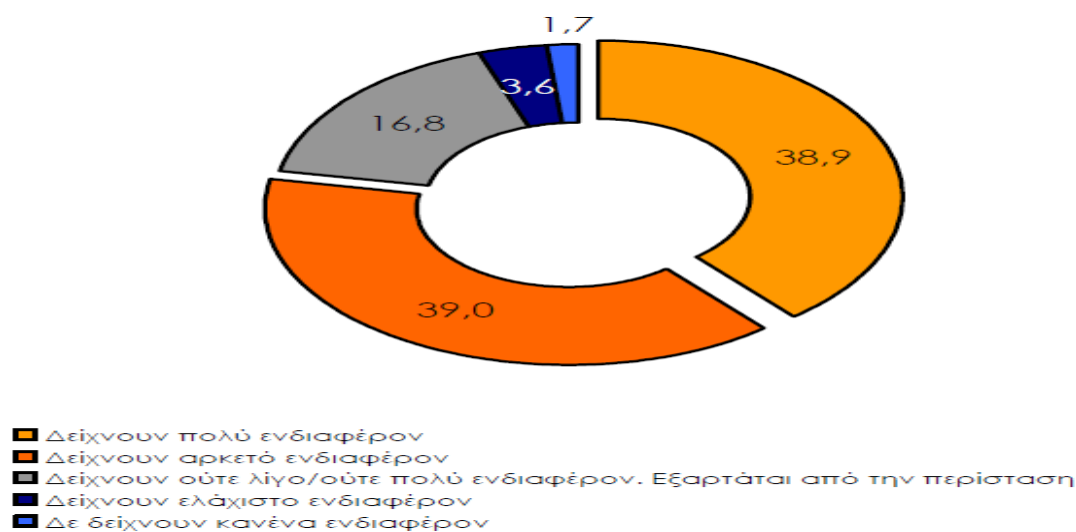
Τέλος, η αύξηση του αριθμού των αυτοκτονιών από το 2009 έως και το 2014 μπορεί να αποδοθεί και στη μείωση του κατά κεφαλήν ΑΕΠ από 21386 ευρώ το 2009 σε 16336 ευρώ το 2014, μείωση κατά 23.61%. Συνεπώς, για κάθε ποσοστιαία μονάδα

μείωσης του κατά κεφαλήν ΑΕΠ ο αριθμός των αυτοκτονιών αυξήθηκε κατά 2.11 άτομα.

Συμπερασματικά, οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στη ψυχική υγεία και κυρίως στον αριθμό των αυτοκτονιών αποδεικνύεται ότι μπορεί, αναμφισβήτητα, να αποδοθεί σε παράγοντες, εκτός των άλλων, στο υψηλό ποσοστό ανεργίας, στην αισθητή μείωση του ΑΕΠ, στη μείωση του κατά κεφαλή ΑΕΠ και γενικότερα, σε ό,τι προκαλεί και διευρύνει τη λιτότητα στο κοινωνικό σύνολο.

2.6.3 Κοινωνική στήριξη και βοήθεια

Τα αποτελέσματα της έρευνας του 2014, που αφορούν στη κοινωνική στήριξη και βοήθεια σε θέματα κοινωνικών σχέσεων και αλληλεγγύης ατόμων, που έχουν ανάγκη από στήριξη και φροντίδα λόγω προβλημάτων, φαίνονται στα Διαγράμματα 2.41 και 2.42.

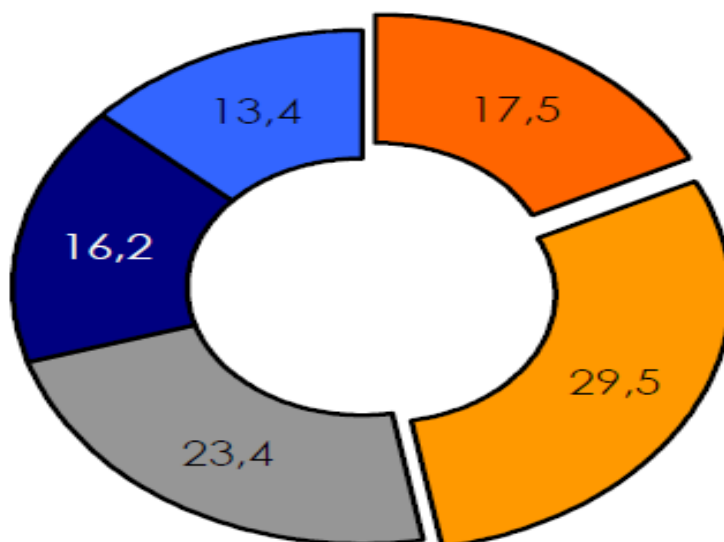


Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Διάγραμμα 2.41

Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω ανάλογα με το ενδιαφέρον που έλαβαν από τους συνανθρώπους

Στο Διάγραμμα 2.41 το 38.9% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω έδειξαν πολύ ενδιαφέρον, το 39% έδειξαν αρκετό ενδιαφέρον, το 16% έδειξαν ούτε λίγο ούτε πολύ ενδιαφέρον, το 3.6% έδειξαν ελάχιστο ενδιαφέρον ενώ το 1.7% δεν έδειξαν κανένα ενδιαφέρον.



■ Πολύ εύκολο
 ■ Εύκολο
 ■ Πιθανό
 ■ Δύσκολο
 ■ Πολύ δύσκολο

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Διάγραμμα 2.42

Ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω κατά το βαθμό δυσκολίας λήψης βοήθειας

Στο Διάγραμμα 2.42 φαίνεται ο βαθμός δυσκολίας λήψης βοήθειας. Συγκεκριμένα, το 17.5% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω μπορεί να δεχθεί πολύ εύκολα, το 29.5% σχετικά εύκολα, το 23.4% είναι πιθανόν να δεχθεί, το 16.2% είναι δύσκολο, ενώ το 13.4% πολύ δύσκολο.

Πίνακας 2.16

Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω ανά ηλικιακή ομάδα για κοινωνική στήριξη και βοήθεια

%	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Σύνολο
Δεν έχουν κανένα στον οποίο θα μπορούσαν να βασιστούν εάν αντιμετώπισουν σοβαρά προσωπικά προβλήματα	2.9	3.9	5.7	4.2	4.8	5.8	5.6	4.7
Έχουν 1 ή 2 άτομα να βασιστούν εάν αντιμετώπισουν σοβαρά προσωπικά προβλήματα	44.2	52.2	54.7	54.7	56.5	59.2	64.1	55.1

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Στον Πίνακα 2.16 φαίνεται η ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού ανά ομάδες ηλικιών, αναφορικά με τη κοινωνική στήριξη και βοήθεια, σύμφωνα με την έρευνα του 2014. Το 4.7% των ατόμων του πληθυσμού δεν έχουν κανένα άτομο στο οποίο θα μπορούσαν να απευθυνθούν-βασιστούν, αν αντιμετωπίσουν κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας, ενώ το 55.1% των ατόμων του πληθυσμού έχουν από ένα έως και δύο άτομα στα οποία μπορούν να απευθυνθούν-βασιστούν για την αντιμετώπιση σοβαρών προβλημάτων υγείας. Τα αποτελέσματα της έρευνας του 2009 είναι 4% και 47.3% αντίστοιχα.

2.7 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στους εφήβους της Ελλάδας

Η παγκόσμια οικονομική κρίση του 2008 έχει προκαλέσει μεγάλες αλλαγές σε πολλά άτομα και στις οικογένειές τους, ακόμη και στις ανεπτυγμένες οικονομίες. Η κρίση επιδρά αρνητικά στα αδύναμα μέλη μιας κοινωνίας και κυρίως στους φτωχούς, στους ηλικιωμένους, στους εφήβους και στα παιδιά.

Η Ελλάδα είναι μία από τις χώρες, η οποία έχει υποστεί τις μεγαλύτερες επιπτώσεις από την οικονομική κρίση. Αυξημένη ανεργία, ανασφάλεια στην εργασία, μέτρα λιτότητας, όπως περικοπή δαπανών στην υγεία και σε προγράμματα κοινωνικής ευημερίας, είναι μερικές από τις επιπτώσεις της κρίσης. Οι συνθήκες που επικρατούν προκάλεσαν σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία και στους δείκτες ευημερίας. Ενδεικτικό στοιχείο της όλης κατάστασης είναι η αύξηση των αυτοκτονιών στην Ελλάδα κατά 36% μεταξύ 2009 και 2011.

Παρά το ότι τα νοικοκυριά και οι ίδιοι οι γονείς στη περίοδο της κρίσης προσπαθούν να μετριάσουν και να απορροφήσουν τις αρνητικές επιπτώσεις εργαζόμενοι περισσότερες ώρες και μειώνοντας τις οικογενειακές δαπάνες, εντούτοις η πνευματική υγεία των παιδιών τους βρίσκεται σε κάποιο κίνδυνο, αφού αναμφισβήτητα, επηρεάζεται. Αυτό είναι το αποτέλεσμα της φτώχειας των παιδιών και των εφήβων με επιπτώσεις στη ζωή τους για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα. Συνεπώς, η σύνδεση μεταξύ της οικονομικής κρίσης και της υγείας και ευημερίας των παιδιών και των εφήβων είναι μεγάλης σπουδαιότητας και απαιτεί την υιοθέτηση τέτοιων πολιτικών που θα βοηθήσουν και θα προστατεύσουν τα παιδιά και τους εφήβους από τις βλαβερές επιπτώσεις της κρίσης.

Πίνακας 2.17

Δείκτες της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και της υγείας για τα έτη 2006, 2010 και 2014 για την Ελλάδα (ανά φύλο)

	Total				Boys				Girls			
	2006	2010	2014	sig.	2006	2010	2014	sig.	2006	2010	2014	sig.
	N= 3690	4899	4113		1746	2380	2048		1944	2519	2065	
<i>Family economic situation</i>				***				***				***
well off	66.5	64.6	48.1		69.3	65.6	48.9		64.0	63.7	47.3	
average	26.3	27.0	37.4		24.9	26.9	37.9		27.6	27.1	37.0	
not well off	7.2	8.4	14.5		5.8	7.5	13.1		8.4	9.2	15.8	
<i>Area of residence economic situation</i>				***				***				***
well off	28.0		16.2		30.9		17.6		25.4		14.9	
average	49.8		54.3		46.6		54.3		52.7		54.3	
not well off	22.2		29.5		22.5		28.1		21.9		30.9	
Unemployed father	0.5	1.6	6.2	***	0.4	1.3	5.7	***	0.6	1.8	6.7	***
Unemployed mother	3.0	4.7	7.9	***	2.6	4.3	7.3	***	3.4	5.0	8.4	***
At least one parent unemployed	3.5	6.0	13.0	***	3.0	5.5	12.2	***	3.9	6.5	13.8	***
Smoking (last 30 days)		11.4	8.2	**		12.0	8.2	**		10.8	8.3	n.s.
Alcohol consumption (last 30 days)		41.5	30.1	***		45.6	32.6	***		37.7	27.8	***
Cannabis use (lifetime)	3.7	7.0	9.6	***	6.0	10.6	12.2	**	1.9	3.5	7.3	**
Cannabis use (last 30 days)	2.2	4.0	4.9	**	3.2	6.0	6.9	*	1.4	2.0	3.1	n.s.
School pressure: some/a lot	39.0	40.4	32.0	***	35.6	38.8	27.9	***	42.1	41.8	36.1	*
Self-reported health: fair/poor	6.0	6.4	6.8	n.s.	4.5	5.4	5.8	n.s.	7.3	7.3	7.7	n.s.
Physical activity twice a week or more	70.0	69.5	74.0	**	80.9	79.4	80.9	n.s.	60.4	60.3	67.3	***
Physical fight twice or more (last 12 months)	26.6	28.1	17.5	***	38.5	40.3	26.2	***	16.0	16.7	9.0	***
Extra tuition: schoolwork (hours/week)	2.8 (4.5)	2.5 (4.0)	2.0 (3.5)	***	2.7 (4.6)	2.7 (4.3)	2.0 (3.5)	***	2.9 (4.4)	2.3 (3.7)	2.1 (3.6)	**
Extra tuition: foreign languages (hours/week)	3.6 (3.0)	3.8 (3.1)	2.8 (2.4)	***	3.3 (2.8)	3.6 (3.3)	2.7 (2.4)	***	3.9 (3.2)	3.9 (2.9)	2.9 (2.4)	***
Extra tuition: artistic activities (hours/a week)	.3 (1.3)	.4 (1.3)	1.0 (2.3)	***	.3 (1.4)	.5 (1.6)	.8 (2.2)	***	.3 (1.2)	.3 (1.0)	1.3 (2.4)	***
High life satisfaction (scale 0-10): 8-10	69.0	64.1	60.1	***	73.2	65.9	62.3	***	65.3	62.4	58.0	**
Good relationships in family (scale 0-10): 8-10	84.2	81.0	81.7	**	88.4	84.1	84.7	*	80.4	78.1	78.8	n.s.

Note: n.s.= not significant; *=significant at the 5% level; **= significant at the 1% level; ***= significant at the 1% level.

Πηγή: Unicef

Στον Πίνακα 2.17 παρατηρούμε τους δείκτες της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και της υγείας για τα έτη 2006, 2010 και 2014 για την Ελλάδα. Η οικονομική κατάσταση των ελληνικών οικογενειών επιδεινώθηκε από το 2006 έως και το 2014, αφού το ποσοστό των οικογενειών σε καλή οικονομική κατάσταση μειώθηκε από 66.5% σε 48.1% και παράλληλα αυξήθηκαν τα ποσοστά των οικογενειών που ήταν είτε σε μια μέση οικονομική κατάσταση είτε σε κακή οικονομική κατάσταση. Επίσης, οι συνθήκες διαβίωσης χειροτέρεψαν για τις οικογένειες, αφού μειώθηκε το ποσοστό των οικογενειών που διαμένουν σε καλές περιοχές από 28% το 2006 σε 16.2% το 2014 και ταυτόχρονα αυξήθηκαν τα ποσοστά των οικογενειών που διαμένουν σε περιοχές μεσαίας τάξης καθώς και σε φτωχότερες-υποβαθμισμένες περιοχές. Παρατηρούμε επίσης, ότι το ποσοστό των παιδιών που έχουν άνεργο πατέρα αυξήθηκε κατά 12.4 φορές, ενώ το ποσοστό των παιδιών που έχουν άνεργη τη μητέρα

αυξήθηκε κατά 2.6 φορές ,καθώς και το ποσοστό των παιδιών που έχουν τουλάχιστον ένα γονέα άνεργο αυξήθηκε κατά 3.7 φορές.

Όπως παρατηρούμε στον Πίνακα 2.17, η πίεση των παιδιών στο σχολείο μειώθηκε από 39% το 2006 σε 32% το 2014. Το ποσοστό των παιδιών που δήλωσαν ότι η υγεία τους είναι μέτρια ή κακή αυξήθηκε από 6% το 2006 σε 6.8% το 2014, ενώ ταυτόχρονα το ποσοστό των παιδιών που εξέφραζαν την ικανοποίηση με το επίπεδο ζωής τους μειώθηκε από 69% το 2006 σε 60.1% το 2014 και παράλληλα το ποσοστό των παιδιών, των οποίων οι οικογενειακές σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας είναι καλές, μειώθηκε από 84.2% το 2006 σε 81.7% το 2014. Το ποσοστό των εφήβων που έκανε χρήση καπνού ή αλκοόλ μειώθηκε από το 2010 στο 2014, ενώ αντίθετα, αυξήθηκε σημαντικά το ποσοστό των εφήβων που έκαναν χρήση κάνναβης.

Πίνακας 2.18

Δείκτες της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και της υγείας για τα έτη 2006, 2010 και 2014 για την Ελλάδα (ανά ηλικιακή ομάδα)

	11-year-olds				13-year-olds				15-year-olds			
	2006	2010	2014	sig.	2006	2010	2014	sig.	2006	2010	2014	sig.
N=	1087	1639	1357		1187	1612	1436		1416	1648	1320	
<i>Family economic situation</i>				***				***				***
well off	80.7	72.4	60.2		66.2	63.6	49.3		56.2	58.1	34.4	
average	14.0	21.5	30.2		26.7	27.7	37.8		35.1	31.5	44.5	
not well off	5.2	6.1	9.5		7.1	8.7	13.0		8.7	10.4	21.1	
<i>Area of residence economic situation</i>				***				***				***
well off	37.1		20.2		26.8		15.6		22.3		12.9	
average	40.7		50.8		51.7		56.5		54.9		55.4	
not well off	22.2		29.0		21.5		27.9		22.7		31.7	
Unemployed father	0.4	1.4	4.1	***	0.7	1.3	6.8	***	0.5	1.9	7.7	***
Unemployed mother	3.9	4.6	7.1	**	3.3	4.8	8.4	***	2.1	4.6	8.0	***
At least one parent unemployed	4.3	5.7	10.3	***	3.8	6.1	14.0	***	2.6	6.3	14.8	***
Smoking (last 30 days)		1.3	0.6	n.s.		6.7	5.1	n.s.		26.0	19.7	**
Alcohol consumption (last 30 days)		14.8	6.3	***		38.7	28.1	***		70.6	56.4	***
Cannabis use (lifetime)									3.7	7.0	9.6	***
Cannabis use (last 30 days)									2.2	4.0	4.9	**
School pressure: some/a lot	17.8	23.3	14.9	***	43.8	48.0	36.6	***	50.6	49.6	44.5	n.s.
Self-reported health: fair/poor	3.6	5.0	4.7	n.s.	6.3	6.8	6.6	n.s.	7.6	7.3	9.0	n.s.
Physical activity twice a week or more	80.1	77.9	82.7	*	74.8	71.2	74.1	n.s.	58.6	59.7	65.1	**
Physical fight twice or more (last 12 months)	27.3	24.4	16.4	***	30.5	29.4	18.9	***	22.8	30.5	17.2	***
Extra tuition: schoolwork (hours/week)	2.4 (5.5)	1.7 (3.8)	1.0 (2.9)	***	1.9 (3.5)	2.1 (3.8)	1.5 (2.9)	**	3.7 (4.2)	3.5 (4.1)	3.5 (4.2)	n.s.
Extra tuition: foreign languages (hours/week)	3.6 (2.5)	3.9 (2.4)	2.8 (2.0)	***	4.4 (3.1)	4.8 (3.2)	3.5 (2.5)	***	3.0 (3.2)	2.7 (3.2)	2.0 (2.5)	***
Extra tuition: artistic activities (hours/a week)	.4 (1.6)	.4 (1.2)	1.0 (1.9)	***	.3 (1.1)	.4 (1.4)	1.1 (2.5)	***	.3 (1.2)	.3 (1.4)	1.0 (2.6)	***
High life satisfaction (scale 0-10): 8-10	87.3	80.1	79.0	***	67.0	61.0	55.9	***	57.2	51.3	45.5	***
Good relationships in family (scale 0-10): 8-10	94.6	91.5	92.6	*	84.7	80.1	80.1	**	76.1	71.7	72.3	n.s.

Note: n.s.= not significant; *=significant at the 5% level; **= significant at the 1% level; ***= significant at the 1% level.

Πηγή: Unicef

Στον Πίνακα 2.18 παρατηρούμε ότι το ποσοστό των οικογενειών σε καλή οικονομική κατάσταση μειώθηκε σε όλες τις κατηγορίες, ενώ αυξήθηκαν αντίστοιχα τα ποσοστά των οικογενειών που ήταν σε μέτρια και κακή οικονομική κατάσταση. Συγκεκριμένα, το ποσοστό των οικογενειών που είναι σε κακή οικονομική κατάσταση αυξήθηκε κατά 1.83 φορές στις οικογένειες με παιδιά ηλικίας 11 χρονών, κατά 1.8 φορές φορές στις οικογένειες με παιδιά ηλικίας 13 χρονών και κατά 2.4 φορές φορές στις οικογένειες με παιδιά ηλικίας 15 χρονών.

Πίνακας 2.19

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα παιδιά και στους εφήβους στην Ελλάδα στο σύνολο, ανά ηλικία και ανά φύλο (2014)

	Total	11y	13y	15y	sig.	Boys	Girls	sig.
N=	4113	1357	1436	1320		2048	2065	
<i>Impacts of economic crisis</i>								
at least one parent lost job	21.3	17.8	21.3	25.1	**	21.9	20.8	n.s.
moved to other area or relative's house	8.2	8.9	7.0	8.7	n.s.	9.4	7.0	**
changed school	3.0	2.6	3.9	2.6	n.s.	3.4	2.7	n.s.
stopped private tutoring	10.5	5.8	10.2	15.6	***	10.9	10.1	n.s.
stopped going on trips/holidays	27.9	15.6	29.2	39.3	***	25.3	30.5	***
unable to buy food	5.4	3.6	5.3	7.5	***	4.6	6.2	*
family tension	27.3	14.0	27.3	41.0	***	23.2	31.2	***

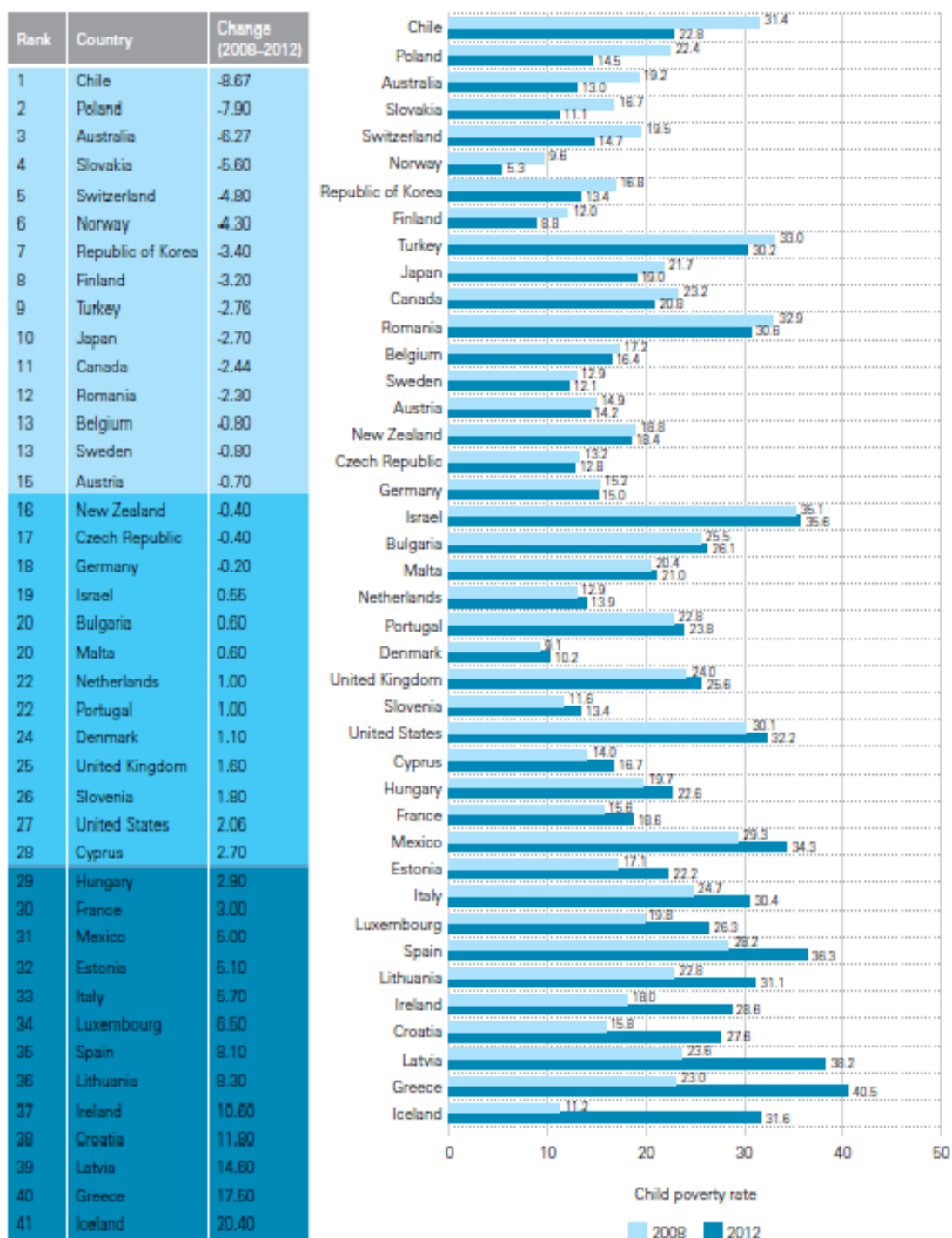
Note: n.s.= not significant; *=significant at the 5% level; **= significant at the 1% level; ***= significant at the 1% level.

Πηγή: Unicef

Ο πίνακας 2.19 καταγράφει τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα παιδιά και στους εφήβους στην Ελλάδα στο σύνολο, ανά ηλικία και ανά φύλο. Το 21.3% των παιδιών και των εφήβων δηλώνουν ότι κατά την περίοδο της κρίσης τουλάχιστον ένας από τους γονείς του έχει χάσει τη δουλειά του, το 8.2% δηλώνουν ότι έχουν μετακομίσει σε άλλη περιοχή ή σε σπίτι συγγενών τους, το 3% έχει αλλάξει το σχολείο, το 10.5% έχει σταματήσει τα ιδιαίτερα μαθήματα, το 27.9% έχει σταματήσει τα ταξίδια και τις διακοπές, το 5.4% δεν είναι σε θέση να αγοράσει την απαραίτητη τροφή και το 27.3% δηλώνει ότι υπάρχει ένταση στην οικογένεια. Οι επιπτώσεις της κρίσης αυξάνονται όσο αυξάνεται η ηλικία των εφήβων.

Πίνακας 2.20

Μεταβολή στην παιδική φτώχεια με έτος βάσης το 2008



Πηγή: Unicef

Στον Πίνακα 2.20 φαίνονται οι μεταβολές στην παιδική φτώχεια σε 41 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του ΟΟΣΑ για το έτος 2012 σε σύγκριση με το 2008. Σε ορισμένες χώρες η μεταβολή αυτή ήταν αρνητική, αφού η παιδική φτώχεια μειώθηκε, ενώ σε άλλες χώρες η μεταβολή ήταν θετική, αφού παρατηρείται αύξηση της παιδικής

φτώχειας. Η Ελλάδα είναι η χώρα με τη δεύτερη μεγαλύτερη θετική μεταβολή, μετά την Ισλανδία, αφού η παιδική φτώχεια το 2012 αυξήθηκε κατά 17.5 μονάδες σε σύγκριση με το 2008.



Πηγή: EU-SILC., Unicef

Διάγραμμα 2.43

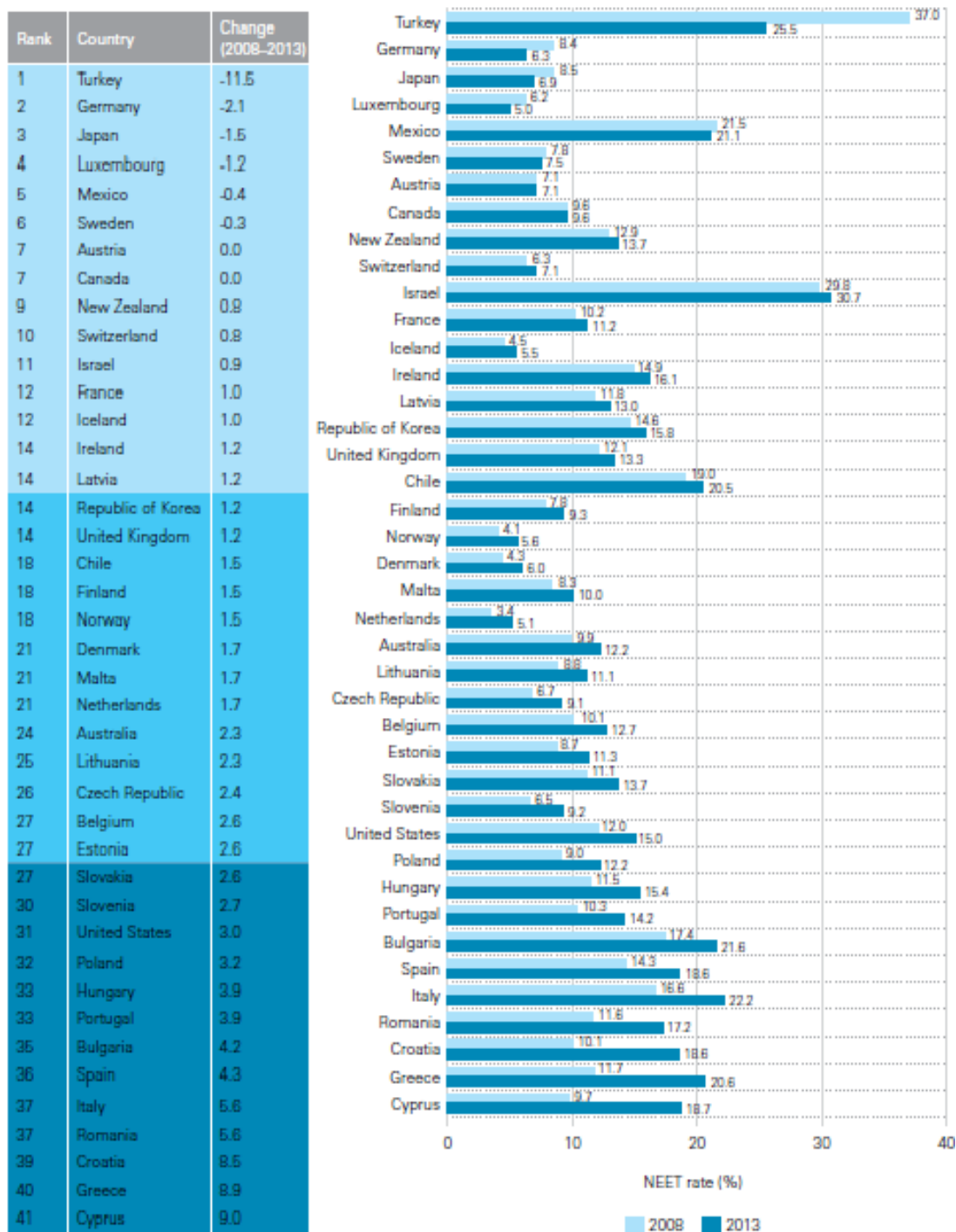
Το μέγεθος μείωσης της παιδικής φτώχειας (2008-2010 και 2010-2012)

Στο Διάγραμμα 2.43 φαίνεται το μέγεθος της μείωσης της παιδικής φτώχειας για τις χρονικές περιόδους 2008-2010 και 2010-2012, μετά τα κυβερνητικά μέτρα, που ελήφθησαν με μεταβιβαστικές πληρωμές. Σε ορισμένες χώρες οι κυβερνητικές παρεμβάσεις μέσω κοινωνικών παροχών ήταν θετικά αναδιανεμητικές, ενώ για

ορισμένες δεν ήταν αποτελεσματικές στη μείωση της παιδικής φτώχειας. Κατά την περίοδο 2008-2010 οι κοινωνικές παροχές στην Ελλάδα ήταν αποτελεσματικές στη μείωση της παιδικής φτώχειας, ενώ κατά την περίοδο 2010-2012 δεν ήταν αποτελεσματικές.

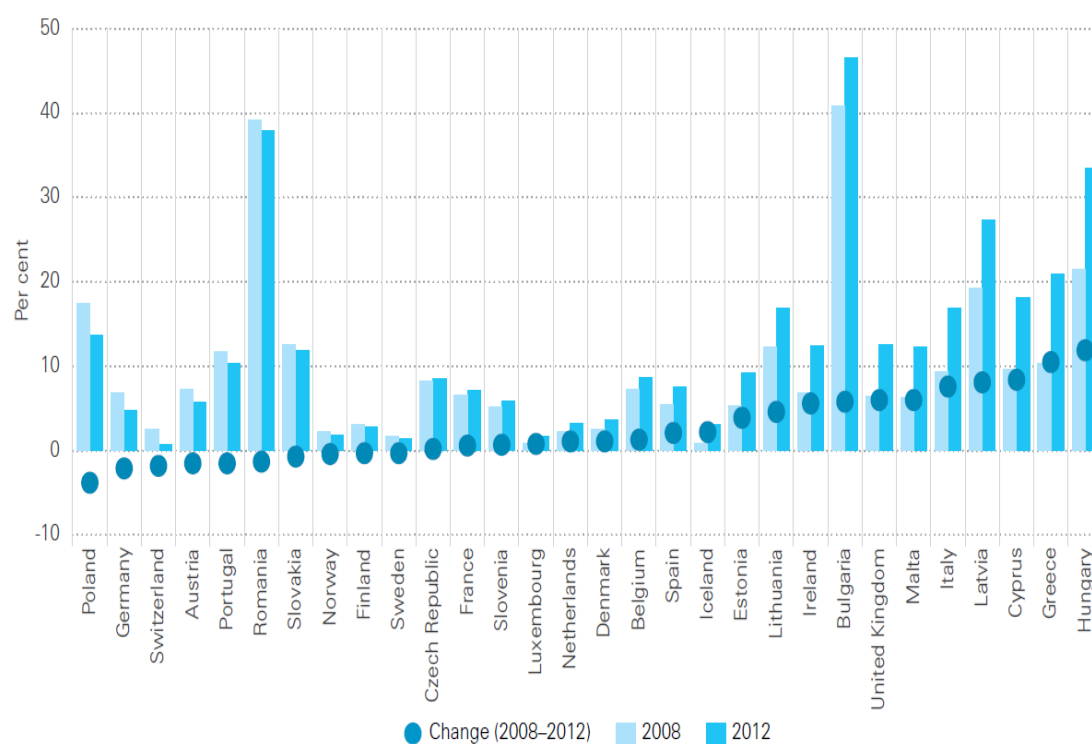
Πίνακας 2.21

Ποσοστό των νέων ηλικίας 15 έως 24 ετών εκτός εκπαίδευσης, απασχόλησης ή κατάρτισης (NEET) το 2008 και το 2013



Πηγή: Unicef

Στον Πίνακα 2.21 φαίνεται το ποσοστό των νέων ηλικίας 15 έως και 24 ετών, που δε συμμετέχουν στην εκπαίδευση, στην απασχόληση ή στην κατάρτιση σε 41 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του ΟΟΣΑ κατά τη χρονική περίοδο 2008-2013. Όπως παρατηρούμε η ύφεση αυξάνει δραματικά τα ποσοστά αυτά στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι μεγαλύτερες αυξήσεις παρατηρούνται στις χώρες Κροατία, Κύπρο, Ελλάδα, Ιταλία και Ρουμανία. Η Ελλάδα κατά την πενταετία 2008-2013 παρουσιάζει τη δεύτερη μεγαλύτερη διαφορά, μετά την Κύπρο, στους νέους 15 έως και 24 ετών, που είναι εκτός εκπαίδευσης, απασχόλησης και κατάρτισης, αφού το ποσοστό αυτό από 11.7% το 2008 αυξήθηκε σε 20.6% το 2013. Αντίθετα σε ορισμένες χώρες το ποσοστό αυτό μειώθηκε το 2013 σε σύγκριση με το 2008 και η χώρα με τη μεγαλύτερη μείωση είναι η Τουρκία, αφού από 37% το 2008 μειώθηκε σε 25.5% το 2013.



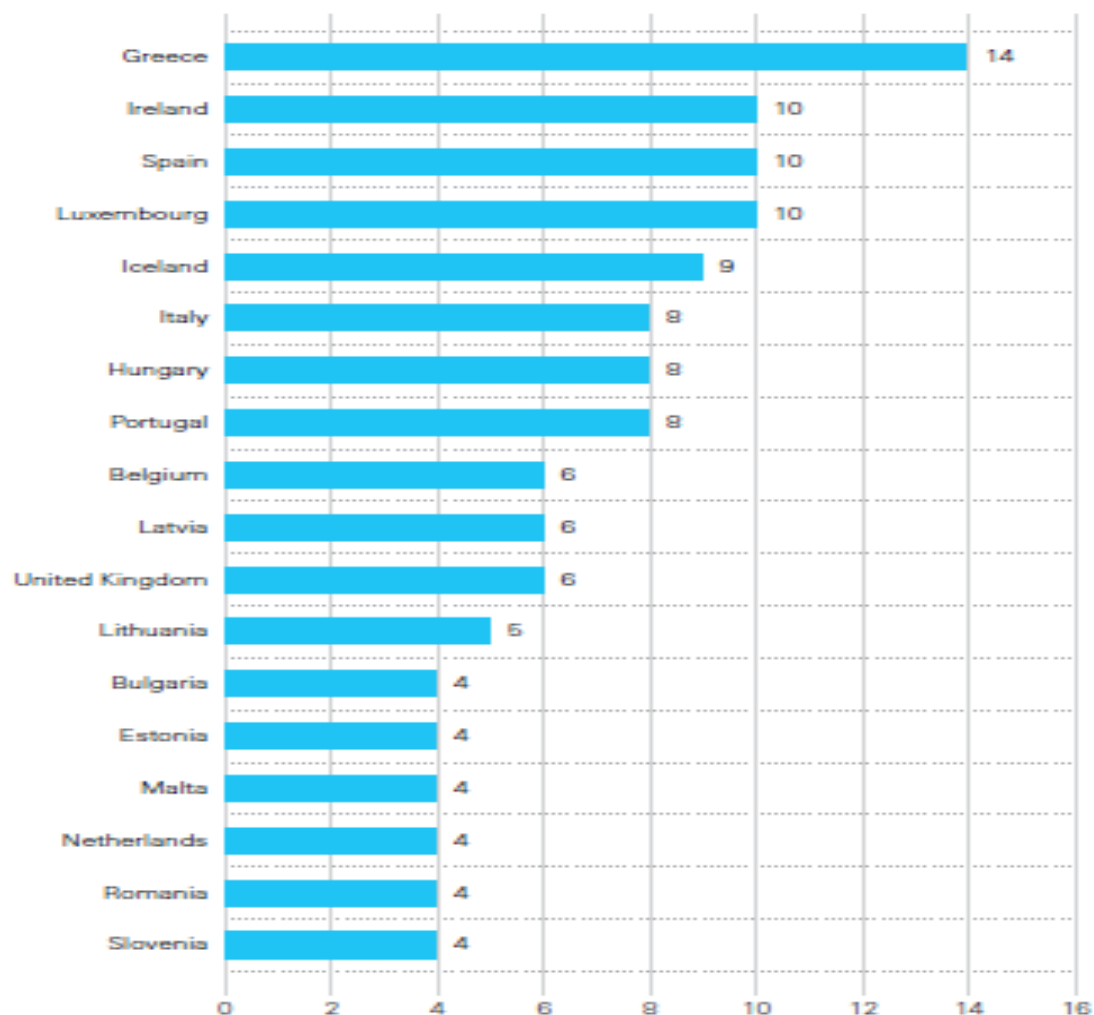
Πηγή: Unicef, Eurostat.

Διάγραμμα 2.44

Έλλειψη σε υλικά αγαθά για νέους στην Ευρώπη (2008-2012)

Στο Διάγραμμα 2.44 φαίνονται οι ελλείψεις σε υλικά αγαθά για τους νέους στην Ευρώπη από το 2008 έως το 2012. Σε ορισμένες χώρες η έλλειψη αυτή είναι μειωμένη, αφού τα υλικά αγαθά για τους νέους το 2012 είναι λιγότερο μειωμένα σε σύγκριση με το 2008. Τη μικρότερη έλλειψη το 2012 σε σύγκριση με το 2008 παρουσιάζει η

Πολωνία και ακολουθούν η Γερμανία και η Ελβετία. Αντίθετα, σε άλλες χώρες η έλλειψη υλικών αγαθών το 2012 είναι μεγαλύτερη σε σύγκριση με το 2008. Τη μεγαλύτερη έλλειψη το 2012 σε σύγκριση με το 2008 παρουσιάζει η Ουγγαρία και ακολουθούν η Ελλάδα και η Κύπρος.



Πηγή: Unicef, Eurostat.

Διάγραμμα 2.45

Χαμένα χρόνια προόδου για οικογένειες και παιδιά (2008-2012)

Στο Διάγραμμα 2.45 φαίνονται τα χρόνια προόδου, τα οποία έχουν χαθεί για τις οικογένειες και τα παιδιά λόγω της μείωσης των εισοδημάτων των νοικοκυριών την περίοδο 2008-2012 για χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σαν αποτέλεσμα της οικονομικής ύφεσης. Στην Ελλάδα οι οικογένειες και τα παιδιά έχουν χάσει 14 χρόνια προόδου και ακολουθούν η Ιρλανδία και η Ισπανία. Τα λιγότερα χρόνια προόδου έχουν χάσει οι οικογένειες και τα παιδιά στις χώρες Σλοβενία, Ρουμανία, Ολλανδία, Μάλτα, Εσθονία και Βουλγαρία.

2.8 Ανακεφαλαίωση

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια προκάλεσε τη μείωση του πληθυσμού, αφού ένας αριθμός Ελλήνων υποχρεώθηκε να μεταναστεύσει στο εξωτερικό και κυρίως νέοι υψηλού μορφωτικού επιπέδου, ενώ μειώθηκε ο αριθμός των γεννήσεων και αυξήθηκε ο αριθμός των θανάτων. Παρά την οικονομική κρίση το προσδόκιμο ζωής δεν παρουσιάζει ανάλογη αρνητική εικόνα και η θέση της Ελλάδας σε παγκόσμιο επίπεδο με βάση το προσδόκιμο επιβίωσης είναι και παραμένει υψηλό σε σύγκριση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ.

Η προτυποποιημένη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες στην Ελλάδα, παρά την οικονομική κρίση των τελευταίων ετών, καταγράφει μια συνεχή πτωτική εξέλιξη για τις μεγάλες ηλικίες, ενώ για τις μικρές ηλικίες παρατηρείται μια σταθερή εξέλιξη και ελάχιστα ανοδική. Η πτωτική εξέλιξη για τους ηλικιωμένους μπορεί να αποδοθεί στη βελτίωση της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, ενώ η σταθερή εξέλιξη και ελάχιστα ανοδική για τις μικρότερες ηλικίες μπορεί να αποδοθεί στη μη δυνατότητα των γονέων να παρέχουν τα απαραίτητα για την υγιή ανάπτυξη των παιδιών των ηλικιών αυτών. Η περιγεννητική θνησιμότητα στην Ελλάδα παρουσιάζει κάποιες διακυμάνσεις σε σύγκριση με τις λοιπές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μπορούν να αποδοθούν στην οικονομική κρίση των τελευταίων χρόνων. Οι αιτίες προτυποποιημένης θνησιμότητας στην Ελλάδα, ανάλογα με το ποσοστό που προκαλούν το θάνατο, είναι τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, τα κακοήγη νεοπλάσματα, τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος και άλλες αιτίες.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη σωματική υγεία των ατόμων στην Ελλάδα είναι η σωματική διάπλαση, η σωματική δραστηριότητα, η υγιεινή διατροφή, το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ. Αναφορικά με τη σωματική διάπλαση κατά τα χρόνια της κρίσης παρατηρείται μια μικρή μείωση στα ποσοστά του πληθυσμού που έχουν φυσιολογικό βάρος και στους παχύσαρκους, ενώ αντίθετα καταγράφεται μια μικρή αύξηση τόσο στα υπέρβαρα όσο και στα ελλιποβαρή άτομα. Ως προς τη σωματική δραστηριότητα τα άτομα μικρότερης ηλικίας ασκούνται περισσότερο σε σύγκριση με τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.

Ως προς την υγιεινή διατροφή, κατά τα χρόνια της κρίσης, παρατηρείται μια μείωση του ποσοστού των Ελλήνων που καταναλώνουν φρούτα ή φυσικούς χυμούς φρούτων σε καθημερινή βάση. Όσον αφορά την κατανάλωση του κόκκινου κρέατος σχεδόν

οκτώ στους δέκα Έλληνες καταναλώνουν κόκκινο κρέας το πολύ δύο φορές την εβδομάδα.

Κατά την περίοδο της κρίσης παρατηρείται μια μείωση του πληθυσμού που καπνίζουν είτε συστηματικά είτε περιστασιακά. Η μείωση αυτή αποδίδεται αφενός στην αυξημένη τιμή των τσιγάρων και των ειδών του καπνιστού λόγω της επιβολής υψηλότερων φόρων καθώς επίσης στη μείωση των εισοδημάτων και στη συρρίκνωση της αγοραστικής δύναμης των καπνιστών. Ως προς την κατανάλωση αλκοόλ παρατηρείται μια μείωση κατά τα χρόνια της κρίσης, η οποία μπορεί να αποδοθεί στους ίδιους λόγους με την κατανάλωση καπνού.

Οι παράγοντες που επηρέασαν την ψυχική υγεία των Ελλήνων κατά τη διάρκεια της κρίσης είναι η κατάθλιψη και οι απόπειρες αυτοκτονιών. Κατά τα χρόνια της κρίσης παρατηρείται μία αυξημένη τάση του ποσοστού του πληθυσμού της Ελλάδας με μείζονα κατάθλιψη. Επίσης, παρατηρείται ένας έντονος προβληματισμός λόγω των αυξημένων αυτοκτονιών, καθώς και των αποπειρών αυτοκτονίας στην Ελλάδα.

Ως προς την κοινωνική στήριξη και βοήθεια των ατόμων που την έχουν ανάγκη παρατηρείται αύξηση τόσο του ποσοστού του πληθυσμού που έχουν ένα ή δύο άτομα να βασιστούν εάν αντιμετωπίσουν κάποιο σοβαρό προσωπικό πρόβλημα όσο και αυτών που δεν έχουν κάποιον στον οποίο θα μπορούσαν να βασιστούν.

Κεφάλαιο 3

Το σύστημα υγείας και οι επιπτώσεις λόγω της κρίσης

3.1 Εισαγωγή

Μία σύγχρονη κοινωνία σήμερα αναζητά ένα σύστημα υγείας, το οποίο θα μπορέσει να ικανοποιήσει στο μέγιστο δυνατό βαθμό τις ανάγκες για την υγεία των πολιτών της, παρέχοντας υπηρεσίες υγείας υψηλού ποιοτικού επιπέδου. Η επίτευξη του στόχου αυτού θα γίνει με τη σωστή πρόληψη των νόσων και την αποτελεσματική αντιμετώπιση αυτών, καθώς και με την υποστήριξη των ασθενών μετά τη θεραπεία, όταν βρεθούν εκτός νοσοκομείου.

Λόγω της ιδιαιτερότητας του αγαθού της υγείας, σε σύγκριση με τα άλλα οικονομικά αγαθά, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά στη δομή του συστήματος υγείας, ώστε ο σχεδιασμός, η οργάνωση και η λειτουργία αυτού να είναι άκρως αποτελεσματική. Μία επιπρόσθετη σημαντική ιδιαιτερότητα του συστήματος υγείας είναι ότι διαχειρίζεται ανθρώπινες ζωές και περιορισμένους οικονομικούς πόρους, για το λόγο αυτό προϋποθέτει τη χρησιμοποίηση των εξειδικευμένων εκείνων τρόπων οργάνωσης, διοίκησης και διαχείρισης τόσο των πόρων όσο και των ασθενών.

3.2 Συστήματα υγείας

Το σύστημα υγείας σε κάθε οργανωμένη κοινωνία είναι το αποτέλεσμα συγκεκριμένης δομής και οργάνωσης στο χώρο της υγείας, βάσει οικονομικών, κοινωνικών και πολιτικών δεδομένων που αντικατοπτρίζουν το βαθμό δομής μιας κοινωνίας, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο διοικείται. Η αποτελεσματική εφαρμογή της πολιτικής για την υγεία προϋποθέτει τη χάραξη μιας στρατηγικής πολιτικής που θα συμβάλλει στην επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί. Είναι γεγονός ότι μεταβαλλόμενες οικονομικές δυνατότητες ή αδυναμίες μιας χώρας απαιτούν ένα νέο σχεδιασμό και μια νέα δομή του συστήματος υγείας, ώστε να υπάρχει δυνατότητα ανταπόκρισης στις νέες ανάγκες που δημιουργούνται με τη πάροδο του χρόνου.

Ένα λειτουργικό και κοινωνικά αποδεκτό σύστημα υγείας είναι αυτό που δεν αποτελείται από ένα άθροισμα ή επί μέρους υποσυστήματα αλλά από ένα ενιαίο και αδιαίρετο σύστημα. Κατά τον Λιαρόπουλο το σύστημα είναι η οποιαδήποτε ομάδα αλληλοσχετιζόμενων και αλληλεξαρτώμενων οντοτήτων ή διαδικασιών που συνδυάζονται για ένα συγκεκριμένο σκοπό. Συνεπώς, το σύστημα υγείας είναι μία λειτουργική ολότητα υποσυνόλων που εκπληρώνουν τους κοινωνικούς στόχους που έχουν τεθεί.

3.2.1 Κατηγορίες των συστημάτων υγείας

Τα συστήματα υγείας διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες, με γνώμονα τον τρόπο χρηματοδότησής τους. Έτσι διακρίνονται στα συστήματα που έχουν σαν βάση χρηματοδότησης και στήριξής τους τη φορολογία των πολιτών, όπως της Δανίας, της Μεγάλης Βρετανίας και της Φινλανδίας, στα συστήματα που βασίζονται στην κοινωνική ασφάλιση υγείας και τα ασφαλιστικά ταμεία, όπως της Ολλανδίας και της Γερμανίας και στα μεικτά συστήματα που είναι ένας συνδυασμός της κρατικής χρηματοδότησης και των ιδιωτικών δαπανών, όπως της Ελβετίας.

Κοινός στόχος όλων των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι κάθε Ευρωπαίος πολίτης να εξασφαλίζει τη δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας. Υπάρχει διάκριση μεταξύ των χωρών στην παροχή υπηρεσιών υγείας ως προς το βαθμό και το τρόπο οργάνωσης των υπηρεσιών αυτών. Η φιλελεύθερη αντίληψη ως προς τη παροχή υπηρεσιών υγείας έχει σαν βάση τις αρχές και τους κανόνες της ελεύθερης αγοράς, με περιορισμένη την παρέμβαση του κράτους. Η άλλη αντίληψη, η οποία έχει σαν βασικές αρχές την κοινωνική δικαιοσύνη, την προώθηση και βελτίωση του κοινωνικού συνόλου υποστηρίζει ότι ο μηχανισμός της αγοράς δεν μπορεί να δώσει, σε μόνιμη βάση, την άριστη λύση στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

Ορισμένα από τα βασικά χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας είναι η ισότιμη περίθαλψη όλων των πολιτών, ανεξάρτητα με την καταγωγή, την οικονομική και κοινωνική τάξη στην οποία ανήκουν, η στήριξη και η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας μέσω του κράτους αλλά και μέσω των εισφορών των εργοδοτών και εργαζομένων, χωρίς να βασίζεται αποκλειστικά και μόνο στους δημόσιους ασφαλιστικούς φορείς.

Η επίβλεψη και ο έλεγχος του συστήματος υγείας θα πρέπει να ανήκει στο ίδιο το κράτος, το οποίο θα καθορίζει τη λειτουργία του. Σε ένα ιδανικό σύστημα υγείας οι πολίτες θα πρέπει να έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν τον οικογενειακό τους γιατρό ή το νοσοκομείο που θέλουν να επισκεφθούν, ενώ οι γιατροί θα πρέπει να έχουν μία σχετική αυτονομία.

Η οικονομική δομή και η ανάπτυξη μιας χώρας, η γεωγραφική της θέση, ο τρόπος χρηματοδότησης, το υπάρχον πολιτικό σύστημα και το επίπεδο της τεχνολογίας παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση του συστήματος υγείας. Οι ανάγκες του πληθυσμού μιας χώρας σε υπηρεσίες υγείας εξαρτώνται από τον προγραμματισμό των υπηρεσιών, τα μέσα που χρησιμοποιούνται για την ικανοποίηση των αναγκών αυτών, καθώς επίσης την οργάνωση, τη χρηματοδότηση και την άριστη κατανομή των οικονομικών πόρων που διαθέτει το σύστημα.

Τα περισσότερα από τα συστήματα υγείας αποτελούνται από τρία επίπεδα, με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού που εξυπηρετούν. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι το πρώτο επίπεδο, είναι η πρώτη επαφή του ατόμου με τις υπηρεσίες υγείας και αφορά στην πρόληψη και την αγωγή της υγείας. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι ένα πρώτο φίλτρο πριν την χρήση από τους ασθενείς των υπηρεσιών της Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, εκτός του ότι θα πρέπει να αποτελεί, δυνητικά, την πύλη εισόδου των πολιτών στο σύστημα υγείας, θα πρέπει, επίσης, να διαθέτει κάποια άλλα επιπρόσθετα χαρακτηριστικά, όπως την παροχή στον πολίτη ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας (περίθαλψη, πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, προαγωγή, φροντίδα, αποκατάσταση) τη στιγμή που τις έχει ανάγκη. Επίσης, θα πρέπει να διαθέτει την αποτελεσματική διαχείριση του ασθενούς (*patient management*), την εξασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας που απαιτείται για το χρήστη και τη νόσο (*disease management*) προς τα άλλα επίπεδα του συστήματος υγείας, την ανταπόκριση στις προσδοκίες των πολιτών και κυρίως το σεβασμό στην αυτονομία και την αξιοπρέπεια των πολιτών, στα πλαίσια των κανόνων της βιοηθικής και της ιατρικής δεοντολογίας.

Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας πρέπει να παρέχεται μια δέσμη υπηρεσιών, στην οποία θα πρέπει να περιλαμβάνονται η διάγνωση και η πρωτοβάθμια περίθαλψη, με ιδιαίτερη προσοχή στα χρόνια και κοινά νοσήματα, τα οποία συνοδεύονται από υψηλή νοσηρότητα και αναπηρία. Επίσης, θα πρέπει να παρέχονται η τακτική παρακολούθηση και διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα, η παραπομπή και κατά περίπτωση συνδιαχείριση περιστατικών στη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια

Φροντίδα Υγείας, η αγωγή και προαγωγή της υγείας, οι υπηρεσίες μετανοσοκομειακής και κατ' οίκον φροντίδας υγείας, οι υπηρεσίες αποκατάστασης και κοινωνικής φροντίδας, ο οικογενειακός προγραμματισμός, η παροχή πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας, οι υπηρεσίες μητέρας-παιδιού, η παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας, η πρωτοβάθμια οδοντιατρική και ορθοδοντική φροντίδα με έμφαση στην πρόληψη, η υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού, ο προσυμπτωματικός και προληπτικός έλεγχος, η κάλυψη των αναγκών σε εικοσιτετράωρη βάση, η εικοσιτετράωρη τηλεφωνική και συμβουλευτική υπηρεσία με την παροχή ιατρικών συμβουλών και οδηγιών από το τηλέφωνο, τη διαχείριση των μειζόνων παραγόντων κινδύνου που καλύπτει την εκτίμηση του κινδύνου (*risk assessment*) και την παροχή πληροφόρησης και γνώσης σε σχέση με τους παράγοντες κινδύνου (όπως κάπνισμα, οινόπνευμα κ.λπ.), που σχετίζονται αιτιολογικά με βασικές αιτίες θανάτου της εποχής, όπως καρδιαγγειακά νοσήματα, υπέρταση κ.λπ.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας πρέπει να ικανοποιεί κάποιες βασικές αρχές, όπως της ισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους πολίτες της χώρας, της ισότητας στην φροντίδα, της ολοκληρωμένης φροντίδας, του προσανατολισμού του συστήματος στο άτομο και στην οικογένειά του, της διαχείρισης των ιατρικών και ασφαλιστικών δεδομένων και πληροφοριών με τέτοιο τρόπο που να είναι άμεσα προσβάσιμα από όλα τα σημεία του συστήματος υγείας χωρίς να παραβιάζεται η εμπιστευτικότητά τους και του δικαιώματος ελεύθερης επιλογής προσωπικού-οικογενειακού γιατρού.

Η Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι η περίθαλψη του ατόμου σε νοσοκομείο, όπου υπάρχουν οι βασικές ιατρικές ειδικότητες και καλύπτονται τα συνήθη ιατρικά προβλήματα. Όλες οι παρεχόμενες υπηρεσίες και πράξεις μπορούν να διενεργηθούν ακόμη και σε ιδιωτικές κλινικές, μονάδες ψυχικής υγείας, σε θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων και σε κέντρα αποθεραπείας-αποκατάστασης κλειστής νοσηλείας.

Η Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας υπάρχει για την κάλυψη σοβαρότερων ιατρικών προβλημάτων, τα οποία απαιτούν εξειδικευμένες ιατρικές γνώσεις και δεξιότητες από τους παρόχους των υπηρεσιών αυτών και να διαθέτουν την απαραίτητη υλικοτεχνική υποδομή. Ορισμένες από τις επεμβάσεις που χρειάζονται τριτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι η αορτοστεφανιαία παράκαμψη, ορισμένες πλαστικές χειρουργικές επεμβάσεις, τα σοβαρά εγκαύματα, οι μεταμοσχεύσεις οργάνων και οι πολύπλοκες θεραπείες ή διαδικασίες, όπως η χημειοθεραπεία και η ακτινοβολία.

3.2.2 Ιδιαιτερότητες των συστημάτων υγείας

Λόγω της ιδιαιτερότητας του αγαθού της υγείας, το οποίο διακρίνεται σε σύγκριση με τα άλλα αγαθά της οικονομίας, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας, ώστε ο σχεδιασμός και η οργάνωση αυτών να είναι αποτελεσματικοί. Η ιδιαιτερότητα των συστημάτων υγείας είναι ότι τα συστήματα αυτά διακρίνονται για την αυξημένη κρατική παρέμβαση. Το αγαθό της υγείας πρέπει να παρέχεται με την ευθύνη του κράτους σε όλες τις κοινωνικές ομάδες. Οι οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές επιλογές κάθε χώρας καθορίζουν το βαθμό παρέμβασης του κράτους στο σύστημα υγείας.

Μία άλλη ιδιαιτερότητα των συστημάτων υγείας είναι ότι απουσιάζει η κυριαρχία του καταναλωτή στην αγορά των υπηρεσιών υγείας. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι κι αν ακόμα ο καταναλωτής έχει τη σωστή πληροφόρηση, δεν διαθέτει την κατάλληλη επιστημονική κατάρτιση για να αξιολογήσει τη πληροφόρηση. Ο ασθενής επιλέγει το γιατρό και το δικαίωμα των αποφάσεων το έχει ο γιατρός.

Μια επιπλέον ιδιαιτερότητα είναι ότι τα συστήματα υγείας βασίζονται και λειτουργούν με τη συμμετοχή, σε μεγάλο βαθμό, του συντελεστή εργασίας και τους ανθρώπινους πόρους, σε σύγκριση με άλλους κλάδους της οικονομίας που, στο μέγιστο βαθμό, συμμετέχει ο συντελεστής κεφάλαιο.

Τέλος, μια άλλη ιδιαιτερότητα του συστήματος υγείας είναι ότι διαχειρίζεται ανθρώπινες ζωές και οικονομικούς πόρους σε ανεπάρκεια και προϋποθέτει τη χρησιμοποίηση των απαραίτητων και εξειδικευμένων τρόπων οργάνωσης, διοίκησης και διαχείρισης, τόσο των πόρων όσο και των ασθενών. Συνεπώς, κάθε σύστημα υγείας απαιτεί ένα αποτελεσματικό μανάτζμεντ με ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια.

3.2.3 Αξιολόγηση της απόδοσης της λειτουργίας των συστημάτων υγείας

Παρά το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια οι δαπάνες για την υγεία έχουν αυξηθεί στις χώρες της Ε.Ε. και του ΟΟΣΑ, εντούτοις υπάρχει έντονος προβληματισμός σχετικά με την περιορισμένη ανταποδοτικότητα των πόρων που έχουν διατεθεί σε σύγκριση με τα αποτελέσματα στην υγεία. Η εκτίμηση του βαθμού αξιοποίησης των αυξημένων δαπανών για την υγεία κάνουν επιτακτική την ανάγκη εξεύρεσης μέτρων αξιολόγησης των υπηρεσιών και των αποτελεσμάτων υγείας. Η εκτίμηση και η

αξιολόγηση της λειτουργίας των συστημάτων υγείας μπορεί να γίνει μέσω της δημιουργίας συγκρίσιμων δεικτών. Μέχρι πρόσφατα, οι συγκρίσιμοι δείκτες που χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση του επιπέδου υγείας των πληθυσμών ήταν το προσδόκιμο ζωής και η βρεφική θνησιμότητα.

Τα τελευταία χρόνια διεθνείς οργανισμοί, κυρίως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και ο ΟΟΣΑ επιχείρησαν να αναπτύξουν διάφορους άλλους συγκριτικούς δείκτες, όπως η προσβασιμότητα, η καταλληλότητα, η αποδοχή, η ικανότητα των επαγγελματιών υγείας, η αποτελεσματικότητα, η ασφάλεια και η ισότιμη πρόσβαση.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση, μέσω του οργανισμού Health Consumer Powerhouse, προβαίνει σε συγκριτική αξιολόγηση των συστημάτων υγείας και συντάσσει ετήσιες εκθέσεις, ανάλογα με το επίπεδο των συστημάτων υγείας των διαφόρων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στα πλαίσια του Euro Health Consumer Index. Στις αξιολογήσεις αυτές συμπεριλαμβάνεται και η Ελλάδα. Η αξιολόγηση του συστήματος υγείας της κάθε χώρας-μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης γίνεται με τη χρήση έξι παραμέτρων, που είναι τα δικαιώματα των ασθενών και η πληροφόρησή τους, η προσβασιμότητα, τα αποτελέσματα, το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών, η πρόληψη και η χρήση των φαρμάκων.

3.2.4 Σύγκλιση των συστημάτων υγείας

Στα πλαίσια της παγκοσμιοποίησης τα συστήματα υγείας όλων των χωρών θα πρέπει να επιλύσουν κάποια κοινά προβλήματα και να συμβάλλουν, σε κάποιο βάθος χρόνου, στη σύγκλιση τους. Η Ευρωπαϊκή Ένωση με τη δημιουργία κοινών προγραμμάτων, με σκοπό την αντιμετώπιση των κινδύνων υγείας, συμβάλλει στην επίτευξη της σύγκλισης των συστημάτων των χωρών-μελών της. Για την επίτευξη του στόχου αυτού προωθείται μια ενιαία πολιτική για την υγεία. Ο χρόνος επίτευξης του στόχου εξαρτάται από τις ιδεολογικές, πολιτικές και οικονομικές καταστάσεις που υπάρχουν σε κάθε χώρα. Για παράδειγμα, η Δανία και η Σουηδία, δύο χώρες που έχουν σχεδόν κοινά χαρακτηριστικά και ομοιότητες στο σύστημα υγείας τους, γνώρισαν μία διαφοροποίηση στα μέσα της δεκαετίας του 90, αφού η Σουηδία υιοθέτησε τη μερική συμμετοχή στο κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης. Ένα ακόμη παράδειγμα είναι η σχεδόν ταυτόχρονη υιοθέτηση εθνικών συστημάτων υγείας στις μεσογειακές χώρες με την ανάληψη της ευθύνης του κράτους.

3.2.5 Η αναγκαιότητα για μεταρρύθμιση

Στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ένωσης θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα κοινό ευρωπαϊκό μοντέλο υγείας. Οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης που έχουν αναπτύξει συστήματα υγείας ανά καιρούς, με σχετικές διαφοροποιήσεις και διαφορετικούς ρυθμούς, θα πρέπει να δημιουργήσουν ένα κοινό ευρωπαϊκό σύστημα υγείας, όπου στη σύλληψη του, στην οργάνωσή του, στην εφαρμογή του και στη διάρκειά του το βασικότερο ρόλο θα πρέπει να παίζει το κράτος για την επίτευξη του στόχου αυτού, παρά την παράλληλη ανάπτυξη της ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Συνεπώς, οι δαπάνες για την υγεία μπορούν να θεωρηθούν ως κρατικές και θα αφορούν στην οργάνωση μιας κρατικής δομής, όπως το σύστημα υγείας.

3.2.6 Η διαφορετικότητα των συστημάτων υγείας

Λόγω της διαφορετικότητας των συστημάτων υγείας, μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ως προς την οργάνωση, τη διαχείριση, τη χρηματοδότηση και τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας δεν υπάρχει κάποια πρωτοβουλία για την εναρμόνιση των συστημάτων υγείας. Το μεγάλο εμπόδιο στην εναρμόνιση των συστημάτων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι οι διαφορετικότητες και οι αποκλίσεις στα συστήματα υγείας που υπάρχουν μεταξύ τους, στον οικονομικό και στον πολιτικό τομέα. Η διαφορά μεταξύ του πλούσιου βορρά σε σύγκριση με το φτωχό νότο μπορεί να οφείλεται στο μοντέλο της κοινωνικής προστασίας. Έτσι μπορούμε να αντιληφθούμε τις επικρατούσες συνθήκες που δικαιολογούν την έκταση των υφιστάμενων αναγκών. Μπορούμε, επίσης, να διαπιστώσουμε και να δικαιολογήσουμε την παρέμβαση και την επιβολή του κράτους στην κάλυψη της ασθένειας, αφού αυτό χρηματοδοτεί το μεγαλύτερο μέρος του συστήματος υγείας. Οι κανόνες του παιχνιδιού, συνεπώς, τίθενται από το κράτος.

Στους επαγγελματίες επιτρέπεται ένα ελεύθερο καθεστώς, στα πλαίσια λειτουργίας του συστήματος. Ένα μέρος της δαπάνης τους παρέχεται για να συμβάλλουν στην κάλυψη της ασφάλειας. Αυτό το σύστημα αποτελεί τη βάση των συστημάτων της Γερμανίας, της Ολλανδίας, της Γαλλίας, του Βελγίου και του Λουξεμβούργου. Στην Ολλανδία, στο Λουξεμβούργο και στη Γερμανία η ασφάλιση είναι προαιρετική, αρκεί ο ασφαλισμένος να έχει περισσότερες από μία δυνατότητες για παροχή υπηρεσιών

υγείας. Στις υπόλοιπες χώρες, η ασφάλιση είναι υποχρεωτική για όλους. Το κράτος είναι υπεύθυνο για τη λειτουργία της χρηματοδότησης και διαχείρισης του συστήματος υγείας. Στην περίπτωση αυτή, οι φροντίδες υγείας παρέχονται δωρεάν, αφού το σύστημα χρηματοδοτείται μέσω της φορολογίας. Χώρες, όπως η Ελλάδα, η Ιταλία, η Ισπανία, η Πορτογαλία, η Δανία, η Ιρλανδία και η Αγγλία, ανταποκρίνονται στο μοντέλο αυτό. Οι χώρες του Ευρωπαϊκού νότου (Ελλάδα, Ισπανία, Ιταλία και Πορτογαλία) χρηματοδοτούν το σύστημα μέσω των εισφορών.

3.3 Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα

Η δομή και η οργάνωση ενός συστήματος υγείας διαμορφώνεται βάσει συγκεκριμένων οικονομικών, κοινωνικών και πολιτικών δεδομένων που αντικατοπτρίζουν, σε κάποιο βαθμό, την ίδια την δομή της κοινωνίας και τον τρόπο που αυτή διοικείται. Επειδή η κοινωνία συνεχώς βελτιώνεται γι' αυτό το σύστημα υγείας θα πρέπει να είναι έτσι σχεδιασμένο, ώστε να επιδέχεται κάποιες αλλαγές και βελτιώσεις, οι οποίες θα μπορούν να ανταποκριθούν στις νέες ανάγκες που θα δημιουργηθούν.

Στην Ελλάδα τα κατά καιρούς συστήματα υγείας που έχουν αναπτυχθεί επηρεάστηκαν σε μεγάλο βαθμό από τα βασικά χαρακτηριστικά της κοινωνικής πολιτικής και από τη γενικότερη νοοτροπία που επικρατούσε σε όλη τη δημόσια διοίκηση. Αυτός είναι ο κύριος λόγος που στερούσε από το σύστημα υγείας τη διοικητική και οργανωτική του αυτοδυναμία. Ο μέσος Έλληνας δεν είναι απόλυτα ικανοποιημένος από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας λόγω του ότι δεν υπάρχει ισότητα στις παροχές υγείας για όλους τους πολίτες. Αυτό οφείλεται στη διαφορετικότητα των ασφαλιστικών εισφορών που καταβάλουν οι ασφαλισμένοι.

Το ελληνικό σύστημα υγείας λόγω της ελλιπούς δομής του φάνηκε πολύ ευάλωτο στην παρούσα κρίση, αφού δεν μπόρεσε να περιορίσει τα ελλείμματα και να βελτιώσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

3.3.1 Το ελληνικό σύστημα πριν την ένταξη στα μνημόνια

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα μπορεί να χαρακτηριστεί σαν ένα μεικτό σύστημα, λόγω της συνύπαρξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Ως προς τον τρόπο χρηματοδότησης του βασίζεται σε δημόσιους πόρους, μέσω του κρατικού προϋπολογισμού και των ασφαλιστικών εισφορών, καθώς επίσης και στις ιδιωτικές πληρωμές.

Το ΕΣΥ (Εθνικό Σύστημα Υγείας), το οποίο σαν σύστημα υγείας καθιερώθηκε το 1983, θεωρήθηκε σαν μία προσπάθεια δημιουργίας ενός συστήματος υγείας, το οποίο προσέφερε υπηρεσίες δευτεροβάθμιας περίθαλψης, στηρίχθηκε στις υπηρεσίες υγείας που προσφέρονταν στα δημόσια νοσοκομεία. Το ελληνικό σύστημα υγείας περιέχει την πρωτοβάθμια περίθαλψη, η οποία προσφέρεται κατά βάση από τους ασφαλιστικούς φορείς, μέχρι την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας), μέσω ιδίων κέντρων ή γιατρών ή μέσω συμβεβλημένων με τον ασφαλιστικό φορέα γιατρών, καθώς, επίσης, και από τα κέντρα υγείας και τα νοσοκομεία. Παρά το γεγονός ότι στο σύστημα υπήρχαν νομοθετικές ρυθμίσεις, εντούτοις αυτές δεν εφαρμόστηκαν ή εφαρμόστηκαν εν μέρει. Έτσι δεν προχώρησε η ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων. Δόθηκε μεγαλύτερη έμφαση στη προσφορά των υπηρεσιών υγείας, περιορίζοντας σε μεγάλο βαθμό το ρόλο του ιδιωτικού τομέα και ενισχύοντας το ρόλο του δημόσιου τομέα.

Τελικά, το σύστημα έγινε περισσότερο νοσοκομειοκεντρικό, γιατί έδωσε μεγαλύτερη έμφαση και ενίσχυσε το θεσμό και την προσφορά του νοσοκομείου. Αποτέλεσμα όλων αυτών ήταν η συνεχής διόγκωση των δαπανών για την υγεία, λόγω υπερκοστολόγησης των υπηρεσιών και του απεριόριστου αριθμού και του όγκου των συνταγογραφήσεων. Συμπερασματικά, στο ΕΣΥ, σαν σύστημα υγείας, βασικός πάροχος των υπηρεσιών ήταν το κράτος, με περιορισμένο το ρόλο του ιδιωτικού τομέα. Μέσω των ασφαλιστικών ταμείων και των δημόσιων νοσοκομείων το κράτος ήταν ο βασικός παραγωγός και πάροχος των υπηρεσιών υγείας. Η κοστολόγηση των υπηρεσιών υγείας γινόταν από το κράτος, ενώ η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας δεν ήταν άμεσα σχετιζόμενη με το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αυτός είναι ο κύριος λόγος που το σύστημα υγείας συσσωρεύε συνεχή ελλείμματα.

3.3.2 Το ελληνικό σύστημα μετά την ένταξη στα μνημόνια

Με την έναρξη της κρίσης στην Ελλάδα εμφανίστηκαν τα μεγάλα δημοσιονομικά προβλήματα στον τομέα της υγείας, λόγω της αναποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας. Άλλωστε αυτά τα προβλήματα δημιούργησαν την αυξανόμενη δυσαρέσκεια των πολιτών για την ποιότητα των υπηρεσιών και γενικότερα του συστήματος υγείας.

Επειδή η χώρα μας έπρεπε να καλύψει τα τεράστια δημόσια ελλείμματα που είχαν δημιουργηθεί τόσο στον τομέα της υγείας, λόγω της αναποτελεσματικότητας στο επικρατούν σύστημα υγείας, όσο και γενικότερα στους λοιπούς τομείς της οικονομίας, γι' αυτό υποχρεώθηκε και οδηγήθηκε στη σύναψη και υπογραφή μνημονίων, αφού δεν μπορούσε να καλύψει τα ελλείμματα αυτά με δανεισμό από τις διεθνείς αγορές. Με την υπογραφή τριών μνημονίων, μέχρι και σήμερα, υποχρεωθήκαμε να καταφύγουμε σε σημαντικές νομοθετικές αλλαγές στο σύστημα υγείας με κύριο στόχο την αλλαγή της δομής του.

Με πίεση της τριμελούς αντιπροσωπίας των θεσμών (Τρόικα) έγιναν οι ακόλουθες νομοθετικές παρεμβάσεις και αλλαγές. Το 2011 δημιουργείται ο ΕΟΠΥΥ, ο οποίος προκύπτει από τη συνένωση εννέα μεγάλων ασφαλιστικών ταμείων (ΟΠΑΔ, ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΝΑΤ, ΤΥΔΚΥ, ΤΑΥΤΕΚΩ, ΕΤΑΑ, ΕΤΑΠ-ΜΜΕ) για να προσφέρει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας στο μέγιστο αριθμό του πληθυσμού. Ο ΕΟΠΥΥ απορρόφησε τις υγειονομικές μονάδες του ΙΚΑ και λειτουργεί ταυτόχρονα ως αγοραστής και ως πάροχος υπηρεσιών υγείας. Έχει τους δικούς του γιατρούς, αλλά συνεργάζεται και με άλλους γιατρούς που αμείβονται από τον ΕΟΠΥΥ.

Ο ΕΟΠΥΥ αν και αποτελεί ένα σοβαρό σύστημα υγείας, εντούτοις στήθηκε με σχετική προχειρότητα και χωρίς σοβαρή αναλογιστική μελέτη με σκοπό να αποδειχθεί η βιωσιμότητά του. Το 2014 ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ αλλάζει φυσιογνωμία, κατόπιν απαίτησης της Τρόικας και παραμένει μόνο αγοραστής υπηρεσιών υγείας, τόσο από το δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα υγείας. Η αλλαγή αυτή της φυσιογνωμίας και του ρόλου του ΕΟΠΥΥ δείχνει την αλλαγή του τρόπου λειτουργίας στην αγορά των υπηρεσιών υγείας και αναβαθμίζει σε μεγάλο βαθμό το ρόλο του ιδιωτικού τομέα, ο οποίος σταδιακά επιχειρεί και διεκδικεί να υποκαταστήσει σε αρκετές περιπτώσεις το δημόσιο τομέα. Η αλλαγή του ρόλου του ΕΟΠΥΥ ως αγοραστής των υπηρεσιών υγείας αποσκοπεί στη συγκέντρωση των πόρων σε ένα μόνο φορέα και την αύξηση

αυτών, ώστε να γίνει ορθολογικότερη και πιο αποτελεσματική διαχείριση των δαπανών.

Στην προσπάθεια αύξησης των εσόδων έγινε η θεσμοθέτηση του *clawback*, όπου καθορίζεται η ανώτατη μηνιαία δαπάνη του ΕΟΠΥΥ για τους ιδιώτες παρόχους υγείας, οι οποίοι θα πρέπει να επιστρέψουν στον ΕΟΠΥΥ το ποσό που ξεπερνά αυτό το ανώτατο ποσό. Επίσης, έγινε η θεσμοθέτηση του *rebate*, όπου γίνεται υποχρεωτική έκπτωση στο τιμολόγιο των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους ιδιώτες παρόχους υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των φαρμακοποιών, με την αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας και των συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Επιπλέον θεσμοθετήθηκε το *health voucher*, το οποίο χρηματοδοτείται από το ΕΣΠΑ και παρέχει τη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας σε πρώην ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ που έχουν εισόδημα μικρότερο των δεκαπέντε χιλιάδων ευρώ ετησίως. Παρέχει, επίσης, τη δυνατότητα ελεύθερης πρόσβασης σε νοσοκομειακή και φαρμακευτική κάλυψη των ανασφάλιστων. Οι παραπάνω νομοθετικές παρεμβάσεις έχουν ένα διττό στόχο και σκοπό, αφενός στον εξορθολογισμό των δαπανών και την αύξηση των εσόδων, αφετέρου στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και τη δυνατότητα πρόσβασης των πολιτών στο σύστημα υγείας και κυρίως αυτών των ατόμων που ανήκουν σε ευαίσθητες οικονομικά ομάδες. Με την αλλαγή του ρόλου του ΕΟΠΥΥ από πάροχο σε αγοραστή των υπηρεσιών υγείας δημιουργήθηκαν συνθήκες ανταγωνισμού μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, ως πάροχοι των υπηρεσιών υγείας.

Με το νόμο για τη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τον νέο ΕΟΠΥΥ έχουμε πλήρη αλλαγή στη διαδικασία προσέλευσης των ασφαλισμένων στους γιατρούς, καθώς επίσης αλλαγή του τρόπου εισαγωγής των ασθενών στα νοσοκομεία, ενώ υπάρχει πρόβλεψη για συγκεκριμένες προληπτικές εξετάσεις που θα είναι υποχρεωτικές να γίνονται σε ορισμένες ηλικίες ασφαλισμένων. Ο ΕΟΠΥΥ παραμένει και πάλι σαν αγοραστής υπηρεσιών τόσο από το δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα.

Ο νέος φορέας με την ονομασία ΠΕΔΥ (Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας) θα έχει μαζί του τις μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ καθώς και τα; Κέντρα Υγείας. Αφού η επί σειρά ετών άμεση πρόσβαση στα νοσοκομεία ακόμη και για μικρά περιστατικά ήταν εύκολη αλλά και ανεξέλεγκτη, η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας θα παρέχεται πλέον μετά την επίσκεψη και την παραπομπή του ασθενή από τον οικογενειακό γιατρό.

Ο οικογενειακός γιατρός, ο οποίος παρέχει όλες τις βασικές υπηρεσίες υγείας και διασφαλίζει τα κύρια χαρακτηριστικά του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, έχει τη δυνατότητα να προβεί σε ενέργειες, όπως να αναλαμβάνει τη διαχείριση των πλέον χρόνιων νοσημάτων, των εμβολιασμών, καθώς επίσης τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας και αποκατάστασης. Συμβουλεύει, καθοδηγεί τον ασθενή μέσα στο σύστημα υγείας και επιμελείται την παραπομπή του στα άλλα επίπεδα περίθαλψης. Τα καθήκοντα του οικογενειακού γιατρού μπορούν να ασκούν οι γιατροί με ειδικότητα γενικής ιατρικής, παθολογίας και παιδιατρικής.

Ο κάθε πολίτης-ασφαλισμένος έχει τη δυνατότητα να επιλέξει το δικό του οικογενειακό γιατρό, ο οποίος αποτελεί σημείο αναφοράς για τον κάθε ασθενή. Ο οικογενειακός γιατρός, επομένως, είναι υπεύθυνος να εκτιμήσει την κατάσταση του ασθενούς, αφού προβεί στη διάγνωσή του, θα του δώσει θεραπεία, θα τον παραπέμψει σε γιατρό άλλης ειδικότητας ή θα του γράψει κάποιες εξετάσεις. Με βάση το σύστημα αυτό όλοι οι ασφαλισμένοι στον ΕΟΠΥΥ θα πρέπει να είναι εγγεγραμμένοι στον οικογενειακό τους γιατρό, χωρίς καμία εξαίρεση, αφού αυτός θα είναι υπεύθυνος για τις προληπτικές εξετάσεις του ασφαλισμένου. Έτσι, για πρώτη φορά, θεσπίζονται υποχρεωτικές προληπτικές εξετάσεις για όλους τους ασφαλισμένους. Ο ασφαλισμένος θα μπορεί να επισκεφθεί απευθείας ένα γιατρό του ΕΟΠΥΥ άλλης ειδικότητας, αλλά ο γιατρός αυτός, αφού εξετάσει τον ασθενή θα πρέπει να ενημερώσει τον οικογενειακό γιατρό του ασφαλισμένου για τα αποτελέσματα της διάγνωσης.

Με το νέο σύστημα υγείας, για την επίσκεψη του ασθενούς σε κάποια μονάδα υγείας, είτε της δευτεροβάθμιας είτε της τριτοβάθμιας περίθαλψης, χρειάζεται, υποχρεωτικά, παραπεμπτικό από τον οικογενειακό γιατρό, εκτός εάν χρειαστεί άμεσα πρώτες βοήθειες λόγω ενός έκτακτου περιστατικού (π.χ. ένα τροχαίο ατύχημα). Η επικοινωνία του ασθενούς με τον οικογενειακό γιατρό μπορεί να γίνει και τηλεφωνικά και αφού ο οικογενειακός γιατρός εκτιμήσει την κατάσταση του ασθενούς, τότε μπορεί να τον παραπέμψει σε κάποιο κέντρο υγείας δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι ανασφάλιστοι θα έχουν ακριβώς τα ίδια δικαιώματα με τους ασφαλισμένους, αφού θα έχουν και αυτοί την υποχρέωση επιλογής του οικογενειακού τους γιατρού, με τη διαφορά ότι δεν θα έχουν την ασφαλιστική κάλυψη σε παροχές υγείας. Οι ασφαλισμένοι των άλλων ταμείων δεν θα έχουν τον οικογενειακό τους γιατρό, αφού δεν εντάσσονται στον ΕΟΠΥΥ.

3.4 Υπηρεσίες Υγείας

Η έννοια των υπηρεσιών υγείας και η ποιότητα τους περιλαμβάνει την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και τη τεχνική αρτιότητα καθώς επίσης την ασφάλεια, την προσβασιμότητα και την ανάπτυξη των υπηρεσιών με επίκεντρο πάντα τον ασθενή. Σύμφωνα με τη θεωρία *Donabedian*, οι υπηρεσίες υγείας διακρίνονται για τρία συστατικά στοιχεία και συγκεκριμένα τη δομή (ανθρώπινοι πόροι, εγκαταστάσεις και υποδομές), τις διαδικασίες (οργάνωση, λειτουργία του οργανισμού και παροχή υπηρεσιών υγείας) και τα αποτελέσματα (των δράσεων και των υπηρεσιών).

Οι υπηρεσίες υγείας διακρίνονται για τη διαρκή βελτίωση της ποιότητας τους, δηλαδή την παροχή της καλύτερης δυνατής διαθέσιμης περίθαλψης του ασθενούς. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από την ευκολία δυνατότητας πρόσβασης από τον ασθενή στις υπηρεσίες υγείας, στις διαγνωστικές και προληπτικές εξετάσεις, στις υπηρεσίες των νοσοκομείων και της φαρμακευτικής τους κάλυψης.

3.4.1 Δυσκολία πρόσβασης στις Υπηρεσίες Υγείας

Ο βαθμός δυσκολίας πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα ήταν και είναι πάντοτε μεγαλύτερος σε σύγκριση με το μέσο όρο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αυτό αποδεικνύεται από τη μεγάλη καθυστέρηση εξυπηρέτησης των ασθενών. Ο βαθμός δυσκολίας εξυπηρέτησης, τα τελευταία χρόνια της κρίσης, έχει αυξηθεί αισθητά, καθώς προστέθηκαν αρκετά και μεγάλα οικονομικά προβλήματα. Η συσσώρευση των οικονομικών προβλημάτων προκάλεσε τη μείωση στη χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Διοίκησης, το 59% των Ελλήνων αναγκάστηκε, λόγω έντονων οικονομικών δυσχερειών, να μειώσει τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, ενώ 4 στους 10 Έλληνες δήλωσαν ότι οι νέες υγειονομικές δομές κατέστησαν δυσχερέστερη την πρόσβαση σε φάρμακα και εξετάσεις. Επίσης, ένας μεγάλος αριθμός του πληθυσμού ανέφεραν ανικανοποίητη ζήτηση, κυρίως οι ηλικιωμένοι, αφού η δυσκολία στην πρόσβαση οφείλεται σε λόγους οικονομικούς και απόστασης. Συγκεκριμένα, το 2011 το εισιτήριο πρόσβασης στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και στα κέντρα υγείας αυξήθηκε από 3 σε 5 ευρώ. Τον Ιανουάριο του 2014 επιχειρήθηκε, χωρίς επιτυχία, η εφαρμογή των 25 ευρώ για

ενδονοσοκομειακή νοσηλεία. Στις πανελλαδικές έρευνες της *Hellas Health* του ΙΚΠΙ (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής) για τα έτη 2010, 2013 και 2015 ο σημαντικότερος παράγοντας μη ικανοποίησης των ιατρικών αναγκών του πληθυσμού ήταν το υψηλό κόστος. Από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει ότι το 33% του πληθυσμού θεωρεί ότι χειροτέρευσε η δυνατότητα πρόσβασης του σε ιδιωτικές κλινικές.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της *Hellas Health VI* (Μάϊος 2015) το 20% του πληθυσμού δήλωσε ότι το τελευταίο χρόνο, παρά την ύπαρξη κάποιου προβλήματος υγείας, δεν έλαβε υπηρεσίες υγείας. Η ανικανοποίητη αυτή ζήτηση αποδίδεται κατά 57% στην αδυναμία κάλυψης του σχετικού κόστους και κατά 30% στην έλλειψη χρόνου. Το φαινόμενο εμφανίζεται πιο έντονο στις αστικές περιοχές, όπου στην πρωτοβάθμια δομή υγείας υπάρχει υποστελέχωση του προσωπικού και ελλείψεις στον εξοπλισμό. Οι άνεργοι κατά 84% δηλώνουν ότι ο βασικός παράγοντας αποκλεισμού τους από τις υπηρεσίες υγείας ήταν ο οικονομικός. Σε ότι αφορά την πρόσβαση στις ιδιωτικές κλινικές, η χειροτέρευση είναι μεγαλύτερη στις νοικοκυρές και στους συνταξιούχους, καθώς επίσης στα κατώτερα κοινωνικά και οικονομικά στρώματα του πληθυσμού, αυτό λόγω της δυσβάσταχτης οικονομικής επιβάρυνσης που φέρει η χρήση των ιδιωτικών κλινικών. Το ίδιο ισχύει και για την πρόσβαση στα ιδιωτικά φαρμακεία, κυρίως λόγω της αύξησης της ίδιας συμμετοχής στην αγορά των φαρμάκων.

Σε ότι αφορά την ανάγκη λήψης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας υπήρξε καθυστέρηση ή δεν την έλαβε καθόλου το 13% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω, λόγω μεγάλης λίστας αναμονής, το 6% του πληθυσμού λόγω μεγάλης απόστασης και προβλημάτων στη μεταφορά, ενώ το 9.4% του πληθυσμού λόγω έλλειψης ειδικοτήτων γιατρών και επαγγελματιών υγείας.

Σοβαρό πρόβλημα πρόσβασης στο σύστημα υγείας έχουν οι ανασφάλιστοι και οι χρόνια πάσχοντες. Το 2013 υπήρχαν 2 έως 2.5 εκατομμύρια ανασφάλιστοι, το πρόβλημα των οποίων αντιμετωπίστηκε με την έκδοση του *health voucher*, μέσω ενός προγράμματος που χρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση.

3.4.2 Ζήτηση Εξωνοσοκομειακών Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας

Στον Πίνακα 3.1 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας υγείας για το 2014, όπου φαίνεται η ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω, που έκανε χρήση εξωνοσοκομειακής περίθαλψης.

Πίνακας 3.1

Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω που έκανε χρήση εξωνοσοκομειακής περίθαλψης συνολικά και ανά φύλλο

Υπηρεσίες Υγείας (%)	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Επισκέφθηκαν ή συμβουλευτήκαν γιατρό γενικής ιατρικής ή παθολόγο τους τελευταίους 12 μήνες	54.8	62.4	58.8
Επισκέφθηκαν ή συμβουλευτήκαν γιατρό γενικής ιατρικής ή παθολόγο ένα χρόνο πριν ή περισσότερο	41.4	35.8	38.4
Δεν έχουν επισκεφθεί ή συμβουλευτεί ποτέ γιατρό γενικής ιατρικής ή παθολόγο	3.8	1.8	2.8
Επισκέφθηκαν ή συμβουλευτήκαν γιατρό άλλη ειδικότητας ή χειρουργό τους τελευταίους 12 μήνες	36.0	56.2	46.5
Επισκέφθηκαν ή συμβουλευτήκαν γιατρό άλλη ειδικότητας ή χειρουργό ένα χρόνο πριν ή περισσότερο	43.3	31.8	37.3
Δεν έχουν επισκεφθεί ή συμβουλευτεί ποτέ γιατρό άλλη ειδικότητας ή χειρουργό	20.7	12.0	16.1
Επισκέφθηκαν ή συμβουλευτήκαν οδοντίατρο ή ορθοδοντικό τους τελευταίους 12 μήνες	45.3	49.4	47.4
Επισκέφθηκαν ή συμβουλευτήκαν οδοντίατρο ή ορθοδοντικό ένα χρόνο πριν ή περισσότερο	51.0	47.6	49.2
Δεν έχουν επισκεφθεί ποτέ οδοντίατρο ή ορθοδοντικό	3.7	3.0	3.3

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Σύμφωνα με τον Πίνακα 3.1, το 58.8% του πληθυσμού επισκέφθηκαν ή συμβουλευτήκαν παθολόγο ή γιατρό γενικής ιατρικής τους τελευταίους δώδεκα μήνες, το 38.4% επισκέφθηκαν ή συμβουλευτήκαν παθολόγο ή γιατρό γενικής ιατρικής τουλάχιστον ένα χρόνο πριν και μόλις το 2.8% δεν έχουν επισκεφθεί ή συμβουλευτεί ποτέ παθολόγο ή γιατρό γενικής ιατρικής. Επίσης, το 46.5% του πληθυσμού επισκέφθηκαν ή συμβουλευτήκαν γιατρό άλλης ειδικότητας ή χειρουργό τους τελευταίους δώδεκα μήνες, το 37.3% επισκέφθηκαν ή συμβουλευτήκαν γιατρό άλλης ειδικότητας ή χειρουργό τουλάχιστον ένα χρόνο πριν και το 16.1% δεν έχουν

επισκεφθεί ή συμβουλευτεί ποτέ γιατρό άλλης ειδικότητας ή χειρουργό. Τέλος, το 47.4% επισκέφτηκαν οδοντίατρο ή ορθοδοντικό τους τελευταίους δώδεκα μήνες, το 49.2% επισκέφτηκαν οδοντίατρο ή ορθοδοντικό τουλάχιστον ένα χρόνο πριν και μόλις το 3.3% δεν έχουν επισκεφθεί ποτέ οδοντίατρο ή ορθοδοντικό.

3.4.3 Ζήτηση Διαγνωστικών και Προληπτικών Εξετάσεων

Στην Ελλάδα, πριν την οικονομική κρίση, ο αριθμός των μαγνητικών και αξονικών τομογραφιών που έκαναν οι Έλληνες ήταν υπερδιπλάσιος του αντίστοιχου αριθμού του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ. Ενώ ο ΕΟΠΥΥ πλήρωνε για κάθε αξονική 71 ευρώ, η τιμή αυτή μειώθηκε σε 60 ευρώ και στη συνέχεια, λόγω δημοσιονομικής πίεσης, έπεσε κάτω από τα 30 ευρώ. Η μείωση στις τιμές οδήγησε στη μείωση των παραπάνω εξετάσεων, λόγω του ότι τα διαγνωστικά κέντρα δεν είχαν επαρκή κίνητρα για να κάνουν περισσότερες εξετάσεις.

Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, ενώ το 2008 αναλογούσαν 325 αξονικές ανά 1000 κατοίκους στην Ελλάδα, στα χρόνια της κρίσης και συγκεκριμένα το 2012 ο αριθμός αυτός περιορίστηκε σε 181.1 αξονικές ανά 1000 κατοίκους, μείωση κατά 44.28%. Περίπου ανάλογη είναι η εικόνα με τις μαγνητικές, οι οποίες από 99.3 ανά 1000 κατοίκους το 2008 περιορίστηκαν σε 67.9 ανά 1000 κατοίκους το 2012, μείωση κατά 31.62%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.2

Αριθμός μαγνητικών ανά 1000 κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ

Κατάταξη (2012)	Χώρα	2012	2008	Κατάταξη (2008)
1	Γερμανία	115.3	89.6	3
2	Τουρκία	114.7	48.8	7
3	ΗΠΑ	104.8	93.4	2
4	Λουξεμβούργο	82.2	64.9	5
5	Γαλλία	82.0	48.3	8
6	Ισλανδία	80.6	72.7	4
7	Βέλγιο	73.9	53.8	6
8	Ελλάδα	67.9	99.3	1
9	Δανία	67.0	44.8	9
10	Ισπανία	64.5	-	-

11	Καναδά	51.2*	40.4	10
12	Εσθονία	46.8	36.6	12
13	Τσεχία	43.2	27.5	14
14	Σλοβακία	40.9	24.3	15
15	Ουγγαρία	34.1	30.9	13
16	Σλοβενία	33.2	19.1	17
17	Φινλανδία	28.5	-	
18	Λετονία	28.4	17.3	18
19	Ισραήλ	28.0	14.2	20
20	Λιθουανία	27.7	9.0	21
21	Αυστραλία	26.0	19.9	16
22	Κορέα	24.2	15.1	19
23	Πολωνία	23.3	-	-
24	Χιλή	12.7	6.0	22

*Estimated value

Πηγή: OECD

Πίνακας 3.3

Αριθμός αζονικών ανά 1000 κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ

Κατάταξη (2012)	Χώρα	2012	2008	Κατάταξη (2008)
1	Εσθονία	393.3	139.8	6
2	ΗΠΑ	256.7	240.4	2
3	Λουξεμβούργο	212.1	187.4	3
4	Βέλγιο	186.8	179.8	4
5	Ελλάδα	181.1	325.0	1
6	Ισλανδία	175.7	165.0	5
7	Γαλλία	172.1	129.6	7
8	Λετονία	154.0	111.2	10
9	Κορέα	142.9	86.2	13
10	Ισραήλ	139.1	115.7	9
11	Τουρκία	131.4	77.7	17
12	Γερμανία	131.2	106.9	11
13	Δανία	130.1	84.1	14
14	Καναδά	127.2*	118.5	8
15	Σλοβακία	107.6	82.9	15
16	Αυστραλία	104.1	87.6	12
17	Τσεχία	94.5	82.3	16
18	Ισπανία	90.4	-	
19	Ουγγαρία	86.2	71.3	18
20	Λιθουανία	77.4	52.0	20

21	Πολωνία	71.8	-	
22	Χιλή	70.3	42.1	21
23	Σλοβενία	52.6	41.0	22
24	Φιλανδία	28.5	-	

*Estimated value

Πηγή: OECD

Η Ελλάδα είχε τις περισσότερες μαγνητικές και αξονικές τομογραφίες, σε σύγκριση με τις χώρες του ΟΟΣΑ το 2008. Το 2012 υποχώρησε στην πέμπτη θέση στις αξονικές μετά την Εσθονία, τις ΗΠΑ, το Λουξεμβούργο και το Βέλγιο. Τη μεγαλύτερη υποχώρηση υπήρξε στις μαγνητικές, όπου το 2012 υποχώρησε στην όγδοη θέση μετά τη Γερμανία, τη Τουρκία, τις ΗΠΑ, το Λουξεμβούργο, τη Γαλλία, την Ισλανδία και το Βέλγιο. Παρά την παρατηρηθείσα μεγάλη μείωση στον αριθμό των εξετάσεων στην Ελλάδα, εντούτοις καταγράφεται αύξηση στον αριθμό των διαγνωστικών μηχανημάτων. Οι αξονικοί τομογράφοι από 29.33 ανά εκατομμύριο κατοίκους το 2007 αυξήθηκαν σε 35.11 ανά εκατομμύριο κατοίκους το 2013, ενώ οι μαγνητικοί τομογράφοι από 18.1 ανά εκατομμύριο κατοίκους το 2007 αυξήθηκαν σε 24.26 ανά εκατομμύριο κατοίκους το 2013.

Πίνακας 3.4

Αριθμός μαγνητικών και αξονικών τομογράφων ανά εκατομμύριο κατοίκους στην Ελλάδα

	2007	2008	2009	2010	2013
Μαγνητικοί τομογράφοι	18.10	19.86	22.06	22.93	24.26
Αξονικοί τομογράφοι	29.33	31.05	34.30	34.89	35.11

Πηγή: OECD

Αναφορικά με τα προγράμματα πρόληψης και συγκεκριμένα το 2009 και το 2010, τα σχετικά προγράμματα μειώθηκαν κατά 33.33% (ένα τρίτο), ενώ ο αριθμός των συρίγγων και προφυλακτικών που δόθηκαν σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών μειώθηκε κατά 10% και 24% αντίστοιχα, με αποτέλεσμα την αύξηση των κρουσμάτων με μόλυνση με HIV από 15 κρούσματα το 2009 σε 484 κρούσματα το 2012.

Επίσης, παρατηρήθηκε αναζωπύρωση των ενδημικών κρουσμάτων ελονοσίας λόγω των δραστικών περικοπών στους προϋπολογισμούς των δήμων για δράσεις δημόσιας υγείας, όπως ψεκάσμοι για κουνούπια.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής για το 2014, το 55.7% και το 56.3% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω είχε μετρήσει κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών την αρτηριακή τους πίεση και το σάκχαρό τους αντίστοιχα.

Πίνακας 3.5

Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω ανά φύλο και χρόνο μέτρησης αρτηριακής πίεσης (2014)

%	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Εντός των τελευταίων 12 μηνών	51.8	59.1	55.7
Από 1 έως λιγότερο από 3 έτη πριν	21.3	19.1	20.1
Από 3 έως λιγότερο από 5 έτη πριν	5.3	4.5	4.9
Τουλάχιστον 5 έτη πριν	5.1	3.4	4.2
Ποτέ	16.6	13.8	15.1

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

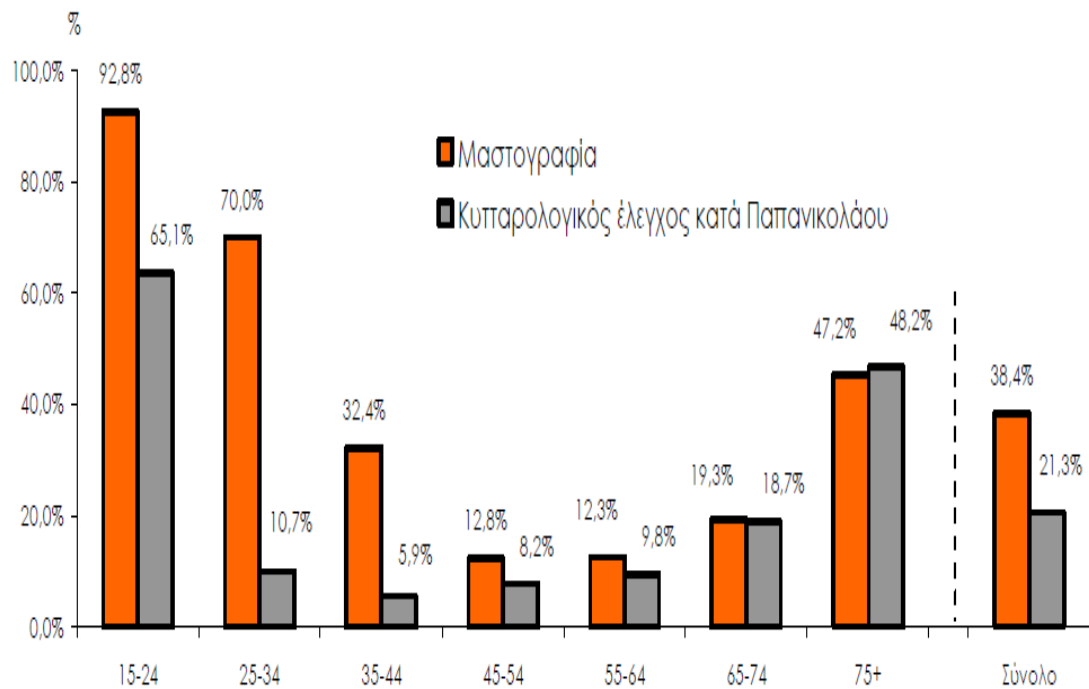
Πίνακας 3.6

Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω για ανά φύλο και χρόνο μέτρησης σακχάρου (2014)

%	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Εντός των τελευταίων 12 μηνών	51.0	61.0	56.3
Από 1 έως λιγότερο από 3 έτη πριν	24.5	21.3	22.8
Από 3 έως λιγότερο από 5 έτη πριν	5.7	4.4	5.0
Τουλάχιστον 5 έτη πριν	4.6	3.2	3.8
Ποτέ	14.1	10.1	12.0

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

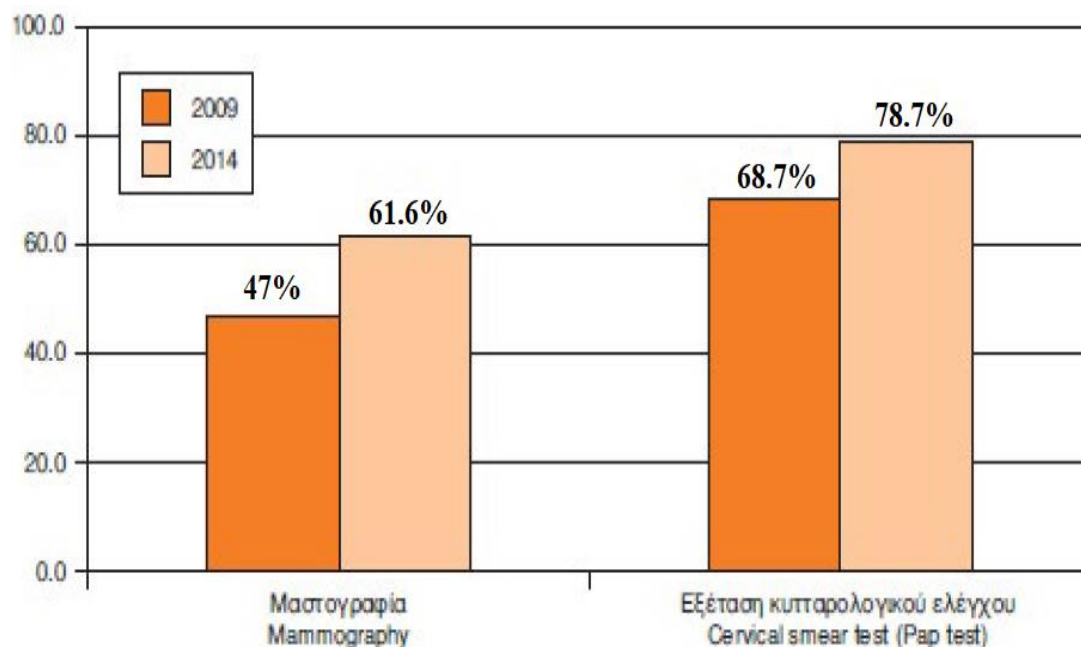
Το 2009 το 53% των γυναικών ηλικίας 15 ετών και άνω δεν είχαν κάνει ποτέ μαστογραφία στη ζωή τους και το 31.3% δεν είχαν κάνει ποτέ Τεστ Παπανικολάου, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για το 2014 είναι 38.4% και 21.3%. Τέλος, το 91.6% των γυναικών, που είχαν δηλώσει ότι έκαναν μαστογραφία, την έκαναν προληπτικά είτε με δική τους πρωτοβουλία είτε με προτροπή του γιατρού, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για το 2014 ήταν 85.6%.



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Διάγραμμα 3.1

Ποσοστιαία κατανομή γυναικών κάθε ομάδας ηλικιών που δεν έχουν κάνει ποτέ μαστογραφία και κυτταρολογικό έλεγχο κατά Παπανικολάου (2014)



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Διάγραμμα 3.2

Ποσοστό γυναικών ηλικίας 15 ετών και άνω που έχουν κάνει οποτεδήποτε μαστογραφία και εξέταση κυτταρολογικού ελέγχου κατά Παπανικολάου

Συμπερασματικά, παρατηρούμε μείωση των ποσοστών των γυναικών ηλικίας 15 ετών και άνω που δεν έχουν κάνει ποτέ στη ζωή τους μαστογραφία κατά 27.5% και Τεστ Παπανικολάου κατά 31.9%, αλλά επίσης μειώθηκε κατά 6.5% το ποσοστό των γυναικών που έκαναν προληπτικά μαστογραφία .

3.4.4 Ζήτηση και κατανάλωση φαρμάκων

Αναφορικά με την έρευνα υγείας του 2009 και του 2014, σχετικά με την κατανάλωση φαρμάκων στην Ελλάδα, παρατηρούμε, γενικά, ότι μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού ,ανεξάρτητα με το φύλο και την ηλικία του, καταφεύγει στην κατανάλωση φαρμάκων χωρίς συνταγή ή σύσταση ή συμβουλή γιατρού.

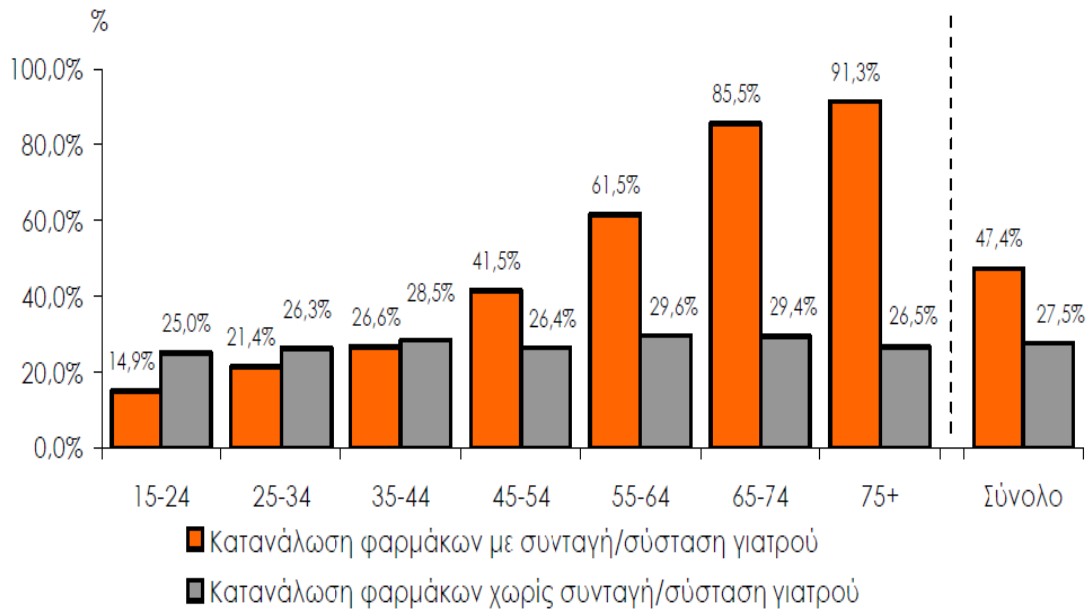
Πίνακας 3.7

Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω ανά φύλο για την κατανάλωση φαρμάκων με ή χωρίς συνταγή ή σύσταση ή συμβουλή γιατρού (2009)

	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Χρήση φαρμάκων με συνταγή ή σύσταση ή συμβουλή γιατρού	41.6	55.7	48.8
Χρήση φαρμάκων χωρίς συνταγή ή σύσταση ή συμβουλή γιατρού	21.7	27.4	24.6

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Στην έρευνα του 2009 παρατηρούμε ότι το 48.8% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω κατανάλωσε φάρμακα με συνταγή ή σύσταση ή συμβουλή γιατρού, ενώ το 24.6% έκανε χρήση φαρμάκων χωρίς συνταγή ή σύσταση ή συμβουλή γιατρού. Τα αντίστοιχα ποσοστά για το 2014 είναι 47.4% με συνταγή ή σύσταση ή συμβουλή γιατρού και 27.5% χωρίς συνταγή ή σύσταση ή συμβουλή γιατρού. Συμπερασματικά, παρατηρούμε μείωση του ποσοστού του πληθυσμού που έκανε χρήση φαρμάκων με συνταγή ή σύσταση ή συμβουλή γιατρού κατά 2.9% και αύξηση του ποσοστού του πληθυσμού που κατανάλωσε φάρμακα χωρίς συνταγή ή σύσταση ή συμβουλή γιατρού κατά 11.79%.



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Διάγραμμα 3.3

Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω ανά ηλικιακή ομάδα για την κατανάλωση φαρμάκων με ή χωρίς συνταγή ή σύσταση ή συμβουλή γιατρού (2014)

Τέλος, παρατηρούμε στην έρευνα υγείας του 2014 ότι στις μικρότερες ηλικίες το ποσοστό αυτών που καταναλώνουν φάρμακα χωρίς συνταγή ή σύσταση ή συμβουλή γιατρού είναι μεγαλύτερο σε σύγκριση με το ποσοστό αυτών που καταναλώνουν φάρμακα με συνταγή ή σύσταση ή συμβουλή γιατρού, ενώ στις μεγαλύτερες ηλικίες ισχύει το αντίστροφο.

3.4.5 Εμβολιασμός και πρόληψη

Είναι παρατηρημένο ότι στην Ελλάδα υπάρχει πολύ καλή κάλυψη στους εμβολιασμούς, κυρίως στις παιδικές ηλικίες. Στον Πίνακα 3.7 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας του 2012, καθώς και των μελετών του Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ) του 2006 και του 2013.

Πίνακας 3.8

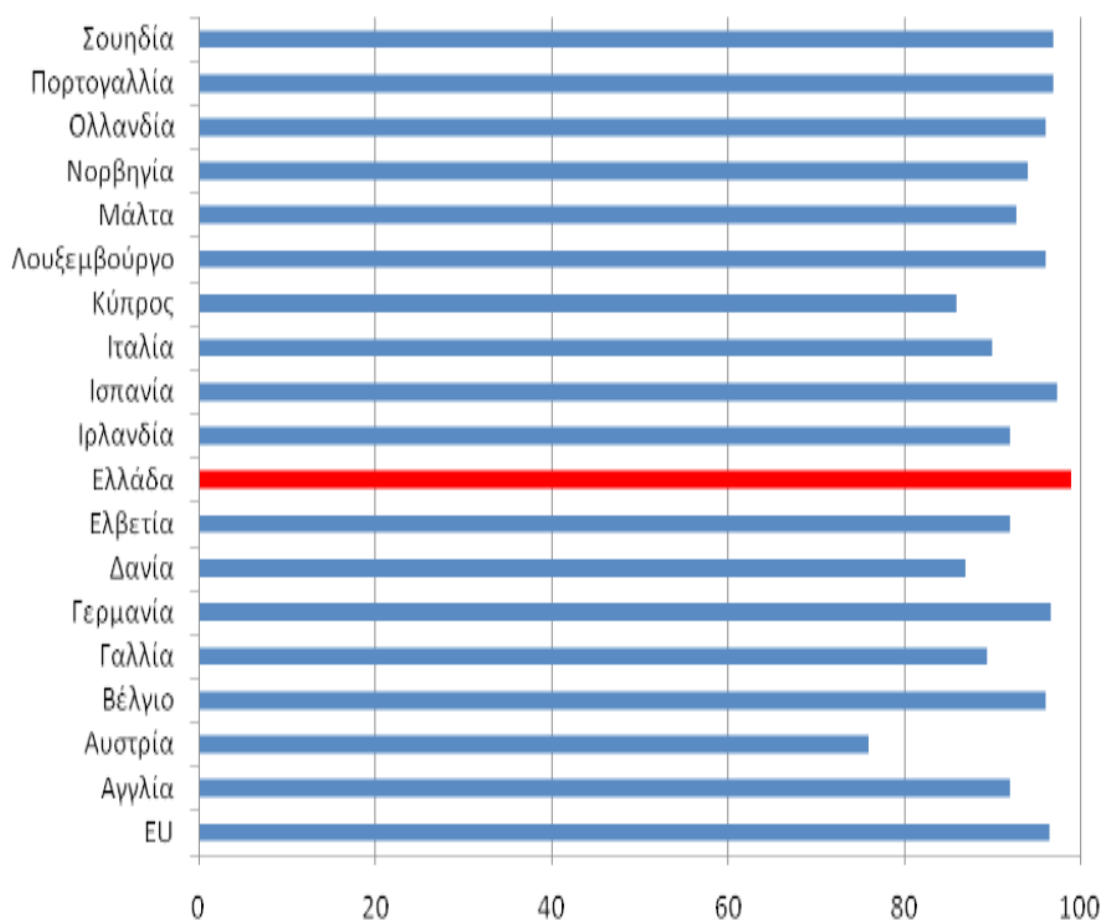
Ποσοστά εμβολιασμένων παιδιών σύμφωνα με τα αποτελέσματα των πανελλαδικών μελετών εμβολιαστικής κάλυψης (2006,2012,2013)

Εμβόλιο-δόση	ΚΕΕΛΠΝΟ 2006	ΕΣΔΥ 2012	ΚΕΕΛΠΝΟ 2013
Διφθερίτιδα-Τέτανος-Κοκκύτης, 3 δόσεις έως 1 έτους	93.6	94.0	95.7
Διφθερίτιδα-Τέτανος-Κοκκύτης, 4 δόσεις έως 2 ετών	80.2	83.0	86.4
Διφθερίτιδα-Τέτανος-Κοκκύτης, 4 δόσεις σε οποιοδήποτε ηλικία < 6 ετών	98.9	99.0	95.8
Διφθερίτιδα-Τέτανος-Κοκκύτης, 5 δόσεις σε οποιοδήποτε ηλικία < 6 ετών	91.3	90.0	τα παιδιά ήταν < 2 ετών
Πολιομυελίτιδα, 3 δόσεις έως 1 έτους	91.0	98.0	99.5
Πολιομυελίτιδα, 4 δόσεις έως 2 ετών	78.0	96.0	95.8
MMR, 1 δόση έως 2 ετών	87.7	91.0	94.5
MMR, 1 δόση σε οποιαδήποτε ηλικία <6,7 ετών	99.2	99.0	97.3
MMR, 2 δόσεις σε οποιαδήποτε ηλικία <6,7 ετών	46.0	83.0	τα παιδιά ήταν < 2 ετών
Ηπατίτιδα Β, 3 δόσεις σε οποιαδήποτε ηλικία	95.5	98.0	96.2
Αιμόφιλου ινφλουέντσας b, ολοκλήρωση πρωτογενούς σειράς εμβολιαστικού σχήματος	71.0	77.0	95.7
Μηγγιτιτιδόκοκκου C, τουλάχιστον μια δόση σε οποιαδήποτε ηλικία <6,7 ετών	72.0	97.0	99.7
PCV πλήρως εμβολιασμένα στους 12 μήνες	-	94.0	82.3
PCV πλήρως εμβολιασμένα στους 24 μήνες	-	4.0	84.5

Πηγή: Παναγιωτόπουλος 2006, 2012 και Γεωργακοπούλου 2013, επεξεργασία διαΝΕΟσις

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Πίνακα 3.8, το 2013 είναι αυξημένα τα ποσοστά των εμβολιασμένων για διφθερίτιδα, τέτανο και κοκκύτη σε σύγκριση με τα αντίστοιχα του 2006. Επίσης, υψηλά είναι τα ποσοστά εμβολιασμού για την πολιομυελίτιδα, για την ιλαρά, την ερυθρά και την παρωτίτιδα (*μαγουλάδες*). Ιδιαίτερα αυξημένος είναι ο εμβολιασμός για τον αιμόφιλο ινφλουέντσας b κατά 34.79%, καθώς και για τον μηνιγγιτιδόκοκκο (*Neisseria meningitidis*) κατά 38.47%. Αντίθετα, μειωμένος είναι ο εμβολιασμός για την ηπατίτιδα κατά 1.84% και για τον πνευμονόκοκκο κατά 7% το 2013 σε σύγκριση με το 2012.

Συγκριτικά, με τις λοιπές χώρες της Ευρώπης τα παιδιά στην Ελλάδα είναι επαρκώς εμβολιασμένα, με τα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης να είναι μεγαλύτερα του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης και συγκεκριμένα, σύμφωνα με το Διάγραμμα 3.4, το ποσοστό των παιδιών στην Ελλάδα που εμβολιάζονται για ιλαρά είναι ένα από τα υψηλότερα ποσοστά μεταξύ των χωρών της Ευρώπης.



Πηγή: WHO, European Health for all Database

Διάγραμμα 3.4

Ποσοστό εμβολιασμένων παιδιών για ιλαρά στην Ευρώπη

Συμπερασματικά, το ποσοστό των παιδιών που καλύπτονται με τα εμβόλια παραμένει υψηλό, παρά την οικονομική κρίση. Αυτό οφείλεται στην ενημέρωση των γονέων σχετικά με την αναγκαιότητα του εμβολιασμού. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την έρευνα Hellas Health V (2013) μόλις το 5% των γονέων δήλωσε ότι δεν έχει καθόλου ενημέρωση. Το 91.3% των γονέων με παιδιά μέχρι 11 ετών δήλωσαν ότι τα παιδιά τους είναι πλήρως εμβολιασμένα, σύμφωνα με το πρόγραμμα βασικού εμβολιασμού. Επίσης, το 65.4% των γονέων με παιδιά στην παιδική ή εφηβική ή μετεφηβική ηλικία δήλωσαν ότι το όφελος από τον εμβολιασμό είναι μεγαλύτερο από τον κίνδυνο και μόλις το 9.9% δήλωσαν το αντίθετο. Επιπρόσθετα, το 70.2% των γονέων υποστηρίζουν ότι ο παιδικός εμβολιασμός παρέχει υψηλά οφέλη τόσο στην πρόληψη των ασθενειών όσο και στην εξάπλωση των μεταδιδόμενων νοσημάτων και μόλις το 9.3% είχαν αντίθετη γνώμη. Επιπλέον, οι γονείς δήλωσαν ως κύρια πηγή ενημέρωσης τον παιδίατρό τους κατά 77% και το διαδίκτυο κατά 39.9%. Αναφορικά με τις δυσκολίες στον εμβολιασμό των παιδιών μόνο το 8.1% των γονέων δήλωσε ιδιαίτερη δυσκολία και συγκεκριμένα το 35% στη συνταγογράφηση του εμβολίου, το 29.7% στο κόστος του εμβολίου και το 27.7% στην αναμονή μέχρι το ραντεβού.

Σύμφωνα τα στοιχεία της έρευνας υγείας του 2014 της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, το ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω που εμβολιάστηκε για τη γρίπη ήταν 29.1% το 2014, 3.4% το 2013, 8.5% μέχρι και 31/12/2012 και το 59% δεν έχει εμβολιαστεί ποτέ. Τέλος σε σύγκριση με την αντίστοιχη έρευνα του 2009, ο αριθμός του πληθυσμού που εμβολιάστηκε για την γρίπη ήταν αυξημένο κατά 94%.

3.5 Δαπάνες για την υγεία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα

Είναι παρατηρημένο, τουλάχιστον στις χώρες της Ευρώπης, ότι το μεγαλύτερο μέρος των απαιτούμενων δαπανών για την υγεία καλύπτεται από το δημόσιο τομέα και μικρότερο από τον ιδιωτικό τομέα, τόσο στο σύνολο των δαπανών όσο και κατ' άτομο. Παρά το ότι το κόστος παροχής των υπηρεσιών υγείας στην Ευρώπη συνεχώς αυξάνεται λόγω της βελτίωσης των συστημάτων υγείας και των παρεχόμενων υπηρεσιών, εντούτοις ο δημόσιος τομέας συνεχίζει να καλύπτει το υψηλότερο αυτό κόστος σε μεγαλύτερο ποσοστό.

3.5.1 Δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα

Είναι γεγονός ότι οι εφαρμοζόμενες πολιτικές των μνημονίων, η παρατεταμένη ύφεση και η λιτότητα που επικρατεί επί σειρά ετών στην Ελλάδα επέφερε καταστροφικές συνέπειες στο χώρο της υγείας. Για τη βελτίωση της κατάστασης που επικρατεί στον τομέα της υγείας έγιναν κάποιες αλλαγές σε ορισμένα σημαντικά ζητήματα. Επετεύχθη δημοσιονομική σταθερότητα στο σύστημα υγείας, με τη μείωση των δαπανών για την υγεία από το 9.56% του ΑΕΠ το 2010 στο 8.16% το 2016, σύμφωνα με τα στοιχεία του Πίνακα 3.9.

Πίνακας 3.9

Η συνολική δαπάνη για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ελλάδα (2008-2016)

%	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Health spending	9.38*	9.47	9.56	9.10	8.78	8.34	7.94	8.39	8.16*

*εκτιμώμενη τιμή

Πηγή: OECD

Ταυτόχρονα, η δαπάνη για την υγεία κατά άτομο από 2895 δολάρια το 2010 μειώθηκε στα 2187 δολάρια το 2016, με βάση τα στοιχεία του Πίνακα 3.10.

Πίνακας 3.10

Η δαπάνη κατ' άτομο για την υγεία στην Ελλάδα (2008-2016)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Public	1689*	1972	1862	1569	1466	1344	1217	1306	1296*
Private	1206*	906	834	805	750	813	855	869	891*
Total	2895*	2878	2696	2374	2216	2157	2072	2175	2187
Out-of-pocket	1140*	844	758	735	677	740	773	784	-

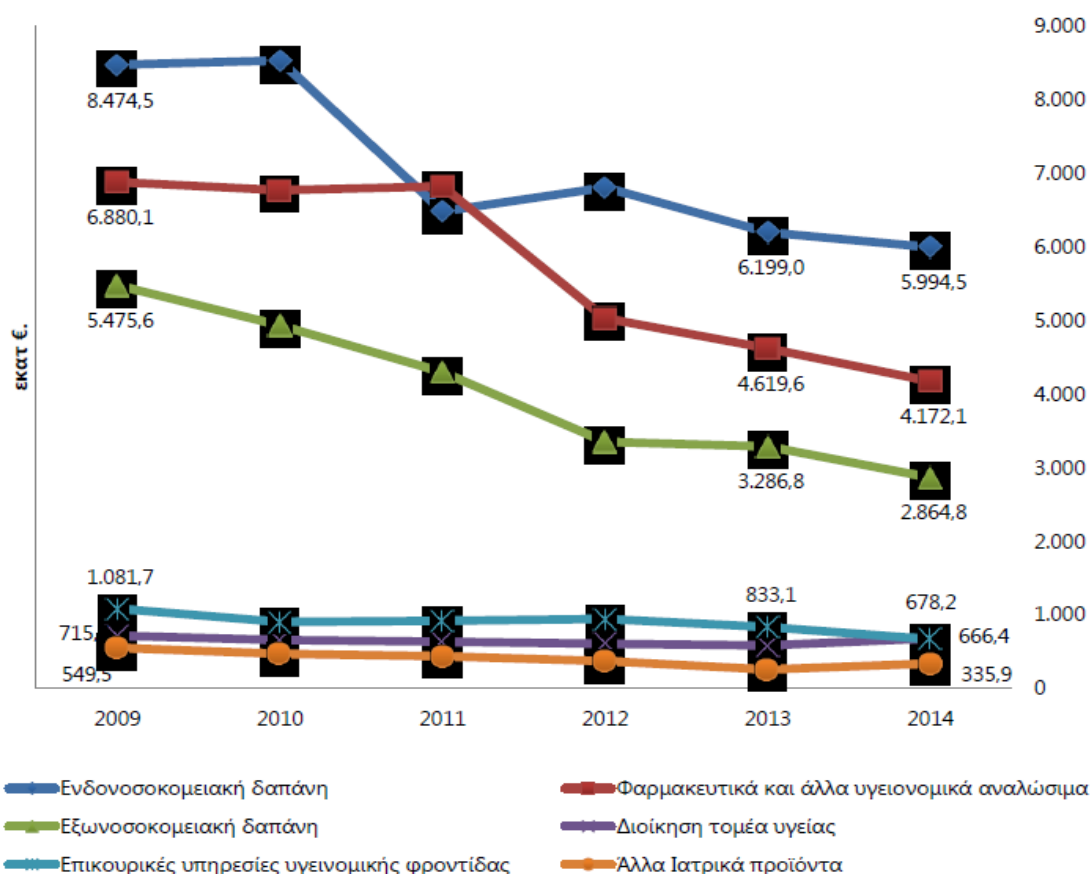
*εκτιμώμενη τιμή

Πηγή: OECD

Παρατηρούμε μια συνεχή διαχρονική μείωση του ποσοστού του ΑΕΠ που δαπανάται για την υγεία, καθώς επίσης και μείωση της δαπάνης για την υγεία κατά άτομο, κατά τα έτη των μνημονίων από το 2010 έως το 2015.

Στο Διάγραμμα 3.5, όπου περιγράφεται η σύνθεση της συνολικής δαπάνης κατά μείζονα κατηγορία, παρατηρούμε ότι οι ενδονοσοκομειακές δαπάνες υπηρεσιών περίθαλψης και αποκατάστασης διαμορφώθηκαν στα 6 δισεκατομμύρια ευρώ το 2014 από 8.47 δισεκατομμύρια ευρώ το 2009, παρουσιάζοντας μείωση κατά 29.16%. Οι δαπάνες για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα μειώθηκαν από 6.88 δισεκατομμύρια ευρώ το 2009 στα 4.17 δισεκατομμύρια ευρώ το 2014, μείωση κατά 39.39%.

Η εξωνοσοκομειακή δαπάνη μειώθηκε κατά 47.81%, από 5.48 δισεκατομμύρια ευρώ το 2009 στα 2.86 δισεκατομμύρια ευρώ το 2014. Οι δαπάνες για επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας παρουσίασαν αισθητή μείωση από 1.08 δισεκατομμύρια ευρώ το 2009 στα 0.68 δισεκατομμύρια ευρώ το 2014, μείωση κατά 37.04%. Μείωση παρουσιάζουν οι διοικητικές δαπάνες κατά 6.85%, καθώς επίσης και οι δαπάνες για τα άλλα ιατρικά προϊόντα σε ποσοστό 38.98%.



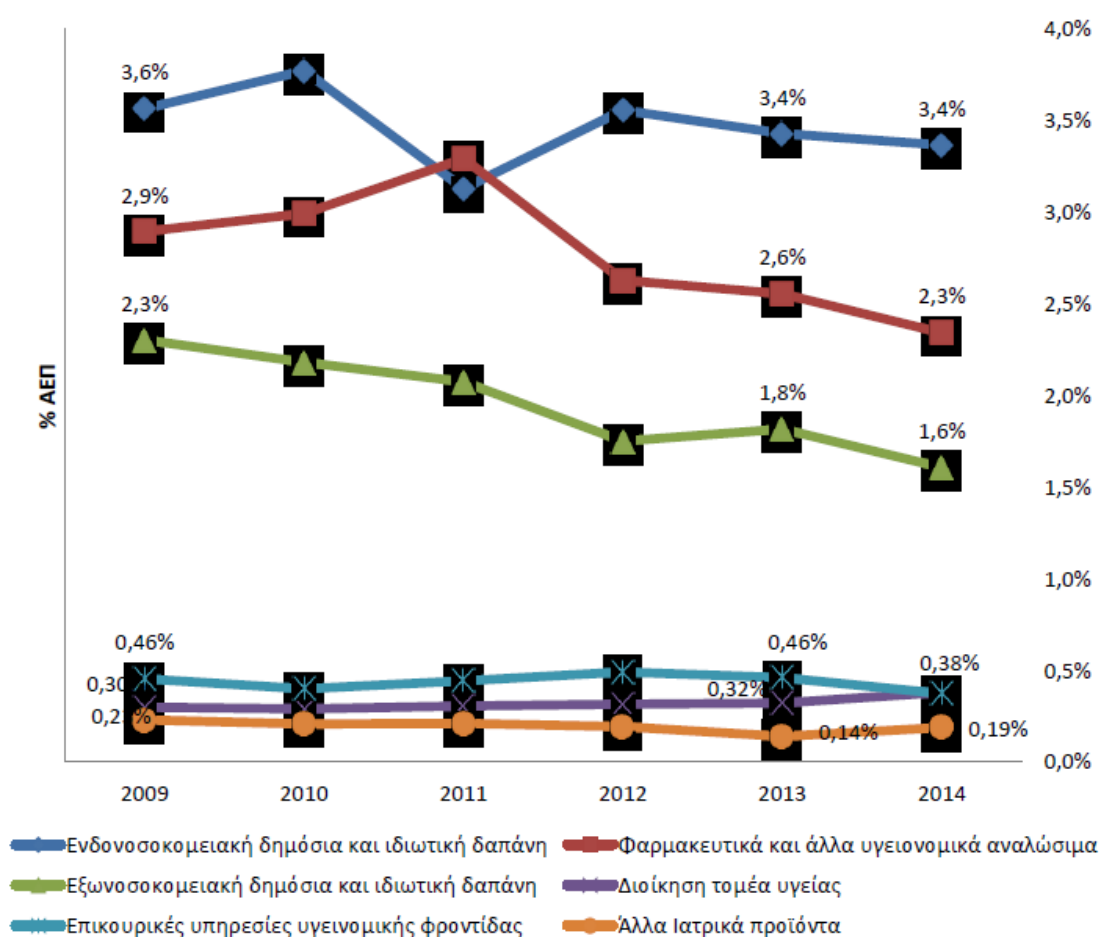
Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ), ΕΛΣΤΑΤ, επεξεργασία στοιχείων IOBE

Διάγραμμα 3.5

**Η σύνθεση της Συνολικής Δαπάνης Υγείας κατά μείζονα κατηγορία
(σε εκατομμύρια ευρώ)**

Στο Διάγραμμα 3.6 παρουσιάζεται η σύνθεση της συνολικής δαπάνης για την υγεία κατά μείζονα κατηγορία ως ποσοστό του ΑΕΠ. Παρά τη διαχρονική μείωση του ΑΕΠ σε απόλυτα μεγέθη από το 2009 έως το 2014 παρατηρείται μείωση της συνολικής δαπάνης για την υγεία κατά μείζονα κατηγορία ως ποσοστό του ΑΕΠ και συγκεκριμένα η ενδονοσοκομειακή δαπάνη από 3.6% το 2009 μειώθηκε στο 3% το 2011 και αυξήθηκε σε 3.4% το 2014.

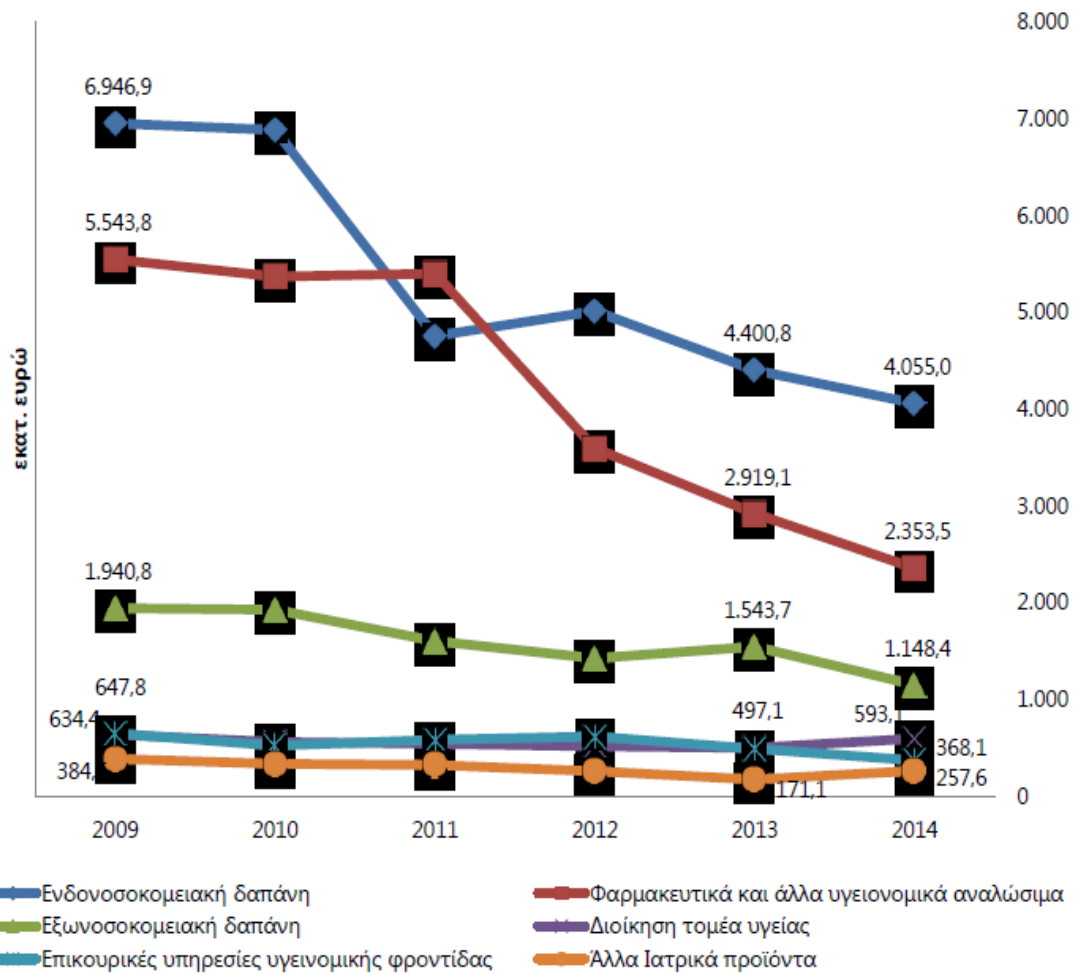
Η δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα υλικά από 2.9% ως προς το ΑΕΠ το 2009 αυξήθηκε σε 3.3% το 2011 για να μειωθεί στο 2.3% το 2014. Η εξωνοσοκομειακή δαπάνη από 2.3% ως προς το ΑΕΠ το 2009 μειώθηκε στο 1.6% το 2014. Οι δαπάνες για επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας μειώθηκαν από 0.46% ως προς το ΑΕΠ το 2009 στο 0.38% το 2014, ενώ οι διοικητικές δαπάνες και οι δαπάνες για άλλα ιατρικά προϊόντα παρέμειναν σταθερές.



Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ), ΕΛΣΤΑΤ, επεξεργασία στοιχείων IOBE

Διάγραμμα 3.6

**Η σύνθεση της Συνολικής Δαπάνης Υγείας κατά μείζονα κατηγορία
(ως ποσοστό του ΑΕΠ)**



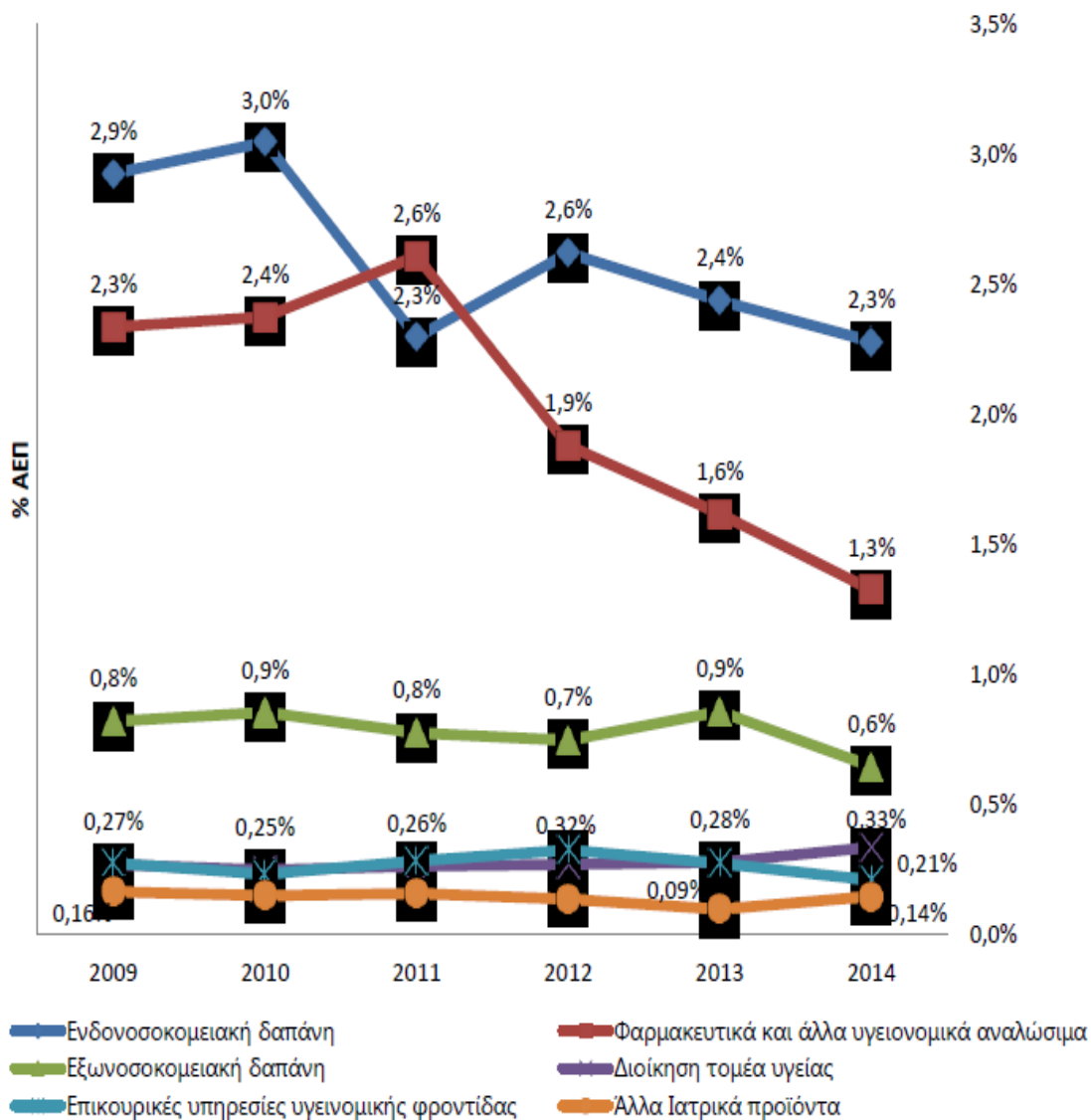
Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ), ΕΛΣΤΑΤ, επεξεργασία στοιχείων IOBE

Διάγραμμα 3.7

**Η σύνθεση της Δημόσιας Δαπάνης Υγείας κατά μείζονα κατηγορία
(σε εκατομμύρια ευρώ)**

Στο Διάγραμμα 3.7, όπου περιγράφεται η σύνθεση της δημόσιας δαπάνης υγείας ανά μείζονα κατηγορία, παρατηρούμε ότι η ενδονοσοκομειακή δημόσια δαπάνη από 6.95 δισεκατομμύρια ευρώ το 2009 μειώθηκε στα 4.05 δισεκατομμύρια ευρώ το 2014, παρουσιάζοντας μείωση κατά 41.73%. Η δημόσια δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα υλικά από 5.54 δισεκατομμύρια ευρώ το 2009 μειώθηκε στα 2.35 δισεκατομμύρια ευρώ το 2014, δηλαδή μείωση κατά 57.58%.

Η εξωνοσοκομειακή δημόσια δαπάνη από 1.94 δισεκατομμύρια ευρώ το 2009 μειώθηκε στα 1.15 δισεκατομμύρια ευρώ το 2014, μείωση κατά 40.72%. Οι ποσοστιαίες μειώσεις των δημοσίων δαπανών για επικουρικές υπηρεσίες, για τη διοίκηση του τομέα υγείας και για άλλα ιατρικά προϊόντα, αντίστοιχα, είναι 43.18%, 6.5% και 33.02%.



Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ), ΕΛΣΤΑΤ, επεξεργασία στοιχείων IOBE

Διάγραμμα 3.8

Η σύνθεση της Δημόσιας Δαπάνης Υγείας κατά μείζονα κατηγορία (ως ποσοστό του ΑΕΠ)

Στο Διάγραμμα 3.8 αναφέρεται η σύνθεση της δημόσιας δαπάνης υγείας ανά μείζονα κατηγορία σαν ποσοστό του ΑΕΠ. Συγκεκριμένα, η ενδονοσοκομειακή δημόσια δαπάνη από 2.9% το 2009 μειώθηκε στο 2.3% το 2014, η δημόσια δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα υλικά από 2.3% το 2009 σε 1.3% το 2014 και η εξωνοσοκομειακή δημόσια δαπάνη από 0.8% το 2009 σε 0.6% το 2014. Οι δημόσιες δαπάνες για επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας και για άλλα ιατρικά προϊόντα παρουσιάζουν μια μικρή μείωση, ενώ οι δημόσιες δαπάνες για τη διοίκηση του τομέα υγείας παρουσιάζουν μια μικρή αύξηση ως ποσοστό του ΑΕΠ.

Πίνακας 3.11

Ποσοστό συμμετοχής δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στις δαπάνες υγείας (2008-2016)

%	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Public	58.3*	68.5	69.0	66.0	66.0	61.8	58.0	59.1	59.3*
Private	41.7*	31.5	30.9	33.8	33.8	37.4	40.7	39.3	40.7*

*εκτιμώμενη τιμή

Πηγή: OECD

Στον Πίνακα 3.11 παρατηρούμε ότι, κατά τα χρόνια των μνημονίων, το ποσοστό συμμετοχής του δημοσίου στις δαπάνες υγείας παρουσιάζει μια συνεχή μείωση, ενώ παρατηρούμε μια συνεχή αύξηση της συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα στις δαπάνες υγείας. Συγκεκριμένα, ενώ το 2010 το ποσοστό συμμετοχής του δημοσίου ήταν 69%, μειώθηκε στο 59.3% το 2016. Αντίθετα, το ποσοστό συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα στις δαπάνες υγείας αυξήθηκε από 30.9% το 2010 στο 40.7% το 2016.

Τα δεδομένα μαρτυρούν ότι κατά τη διάρκεια των ετών της λιτότητας, λόγω των μνημονίων και της μείωσης των δαπανών για την υγεία τόσο σαν ποσοστό του ΑΕΠ όσο και κατ' άτομο συνέβαλαν στην επιδείνωση των υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα, με αποτέλεσμα τη στροφή κάποιων ατόμων προς τον ιδιωτικό τομέα. Η μείωση των δαπανών για την υγεία επετεύχθη, βέβαια, αλλά εις βάρος της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Τα έσοδα, όμως, δεν αυξήθηκαν και αυτό οφείλεται αφενός στις μειώσεις του εθνικού εισοδήματος αφετέρου στην αύξηση του αριθμού των ανέργων, σαν αποτέλεσμα της επί σειρά ετών παρατεταμένης ύφεσης, κατά τη διάρκεια των ετών των μνημονίων.

Συνεπώς, η δημοσιονομική σταθερότητα του συστήματος υγείας, κάτω από τις συνθήκες και καταστάσεις των μνημονίων, δεν είναι αποδοτική και ικανοποιητική, αφού δεν συμβάλλει θετικά στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. Θα πρέπει να βρεθούν άλλοι τρόποι χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, λόγω του έντονου προβλήματος που έχει προκύψει και έχει συσσωρευθεί ως προς την παροχή και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Ένα σημαντικό πρόβλημα το οποίο έχει προκύψει για τους πολίτες της Ελλάδος είναι το χρηματοδοτικό βάρος που υφίστανται οι πολίτες, παρά του ότι οι πολίτες αυτοί είναι ασφαλισμένοι.

Πίνακας 3.12**Οι ιδιωτικές δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα (2008-2015)**

%	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Out-of-pocket	39.4*	29.3	28.1	30.9	30.5	34.0	36.8	35.5

*εκτιμώμενη τιμή

Πηγή: OECD

Κατά τα έτη των μνημονίων οι ιδιωτικές πληρωμές (*out-of-pocket*) για την υγεία στη χώρα μας, σαν ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία από 39.4% το 2008 μειώθηκαν στο 29.3% το 2009, 28.1% το 2010, ενώ αυξήθηκαν στο 36.8% το 2014. Η μείωση αυτή κατά τα έτη 2009 και 2010 μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι αρκετά άτομα, όπως φτωχοί, άνεργοι και ανασφάλιστοι, δεν είχαν τη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και αδυνατούσαν να πληρώσουν με δικούς τους πόρους τα χρηματικά ποσά που απαιτούνται για να αποκτήσουν τη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.

3.5.2 Δαπάνες για τη υγεία σε άλλες χώρες

Κατά τα χρόνια των μνημονίων και της παρατεταμένης ύφεσης που επικρατεί στην Ελλάδα παρατηρούμε, στα πλαίσια της δημοσιονομικής σταθερότητας και πειθαρχίας, μια διαχρονική μείωση των δαπανών για την υγεία. Η Ελλάδα αποτελεί τη μοναδική εξαίρεση με βάση τα στοιχεία του πίνακα 3.13, αφού σε όλες τις χώρες που αναφέρονται παρατηρείται μια διαχρονική αυξητική τάση της δαπάνης για την υγεία κατ' άτομο από το 2010 έως και το 2015.

Πίνακας 3.13**Η συνολική δαπάνη κατ' άτομο για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ (2008-2016)**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Αυστραλία	3310.2	3564.3	3607.5	3794.1	3807.7	4185.8	4288.8	4492.6	4708.1
Αυστρία	3955.9	4128.3	4237.7	4383.7	4683.5	4861.0	5000.6	5100.0	5227.3*
Βέλγιο	3561.4	3831.7	3980.0	4158.3	4313.5	4504.6	4656.4	4778.5	4839.8*
Βραζιλία	1100.0	1149.3	867.9	904.8	933.7	994.8	-	-	-
Καναδά	3812.3	4101.8	4227.8	4247.8	4308.5	4460.6	4502.3	4532.8	4643.7
Χιλή	1097.3	1150.1	1219.7	1358.2	1485.3	1622.8	1736.8	1877.3	1977.0

Κίνα	346.8	419.9	450.3	515.1	588.6	655.6	733.3	-	-
Κολομβία	677.5	726.5	728.2	768.9	841.4	874.7	964.2	-	-
Κόστα Ρίκα	1087.9	1150.1	1200.8	1274.2	1323.5	1360.0	1389.9	-	-
Τσεχία	1770.9	2014.8	1920.5	2009.2	2041.6	2352.6	2445.6	2434.1	2515.3*
Δανία	3926.1	4310.4	4470.1	4527.7	4601.0	4771.9	4905.7	5057.9	5199.3*
Εσθονία	1303.7	1342.8	1369.6	1429.0	1516.4	1652.4	1772.7	1885.2	1989.0
Φιλανδία	3231.2	3359.6	3442.1	3640.7	3774.1	3919.6	3935.3	3993.2	4062.2*
Γαλλία	3562.4	3768.9	3872.0	4030.9	4089.9	4330.7	4464.2	4529.6	4600.4*
Γερμανία	3936.1	4213.9	4413.2	4588.3	4707.1	4961.1	5200.1	5352.6	5550.6
Ελλάδα	2895.4*	2878.1	2696.2	2378.4	2219.1	2175.4	2098.9	2210.1	2187.1*
Ουγγαρία	1468.8	1498.5	1622.5	1722.9	1724.3	1775.9	1820.5	1913.0	2101.1
Ισλανδία	3719.8	3719.8	3383.4	3410.5	3518.6	3707.4	3890.6	4105.7	4376.3
Ινδία	157.9	171.5	184.7	203.0	216.8	240.1	269.3	-	-
Ινδονησία	210.8	220.8	230.3	243.5	276.9	295.1	302.5	-	-
Ιρλανδία	4030.7	4369.3	4555.9	4518.1	4683.5	5033.4	5082.0	5275.8	5528.4*
Ισραήλ	1918.2	1948.7	2033.6	2138.8	2261.4	2423.3	2595.5	2713.0	2775.7
Ιταλία	3031.1	3101.3	3140.5	3211.2	3245.4	3234.6	3270.6	3351.6	3391.2
Ιαπωνία	2852.9	2998.6	3204.8	3798.1	4014.3	4207.0	4269.2	4435.6	4519.3*
Κορέα	1667.0	1801.9	1976.0	2048.1	2159.3	2252.1	2396.2	2534.9	2728.8
Λετονία	1093.1	1039.3	1081.7	1101.8	1151.9	1224.5	1310.8	1434.3	1466.3*
Λιθουανία	1304.3	1336.1	1372.1	1484.7	1550.4	1637.0	1743.3	1883.3	1970.2
Λουξεμβούργο	5979.6	6393.4	6386.5	5969.8	6403.1	6692.8	6850.3	6817.9	7462.8
Μεξικό	846.8	889.2	911.4	942.5	1005.9	1038.2	1026.4	1054.5	1080.3*
Ολλανδία	4360.0	4513.2	4638.2	4846.4	5092.8	5303.4	5322.0	5296.7	5385.4
Νέα Ζηλανδία	2730.0	2968.8	3019.8	3130.8	3199.5	3402.4	3496.2	3544.6	3589.6
Νορβηγία	4913.1	5030.1	5167.6	5455.7	5736.8	5979.3	6136.3	6190.1	6647.5
Πολωνία	1167.0	1269.0	1353.7	1424.5	1477.9	1576.0	1606.4	1703.6	1797.8
Πορτογαλία	2490.7	2617.5	2686.7	2552.5	2473.0	2535.9	2599.0	2663.7	2734.4
Ρωσία	1065.3	1179.6	1095.3	1162.4	1271.7	1330.6	1338.2	1351.0	-
Σλοβακία	1650.5	1836.6	1951.1	1916.5	2034.2	2100.1	2008.5	2059.4	2149.5
Σλοβενία	2325.3	2354.8	2379.5	2460.0	2517.1	2586.0	2647.4	2730.8	2834.8
Νότια Αφρική	908.7	962.4	1003.4	1055.1	1104.8	1127.9	1148.9	-	-
Ισπανία	2773.8	2914.5	2885.7	2915.4	2902.1	2940.5	3057.3	3180.0	3248.4
Σουηδία	3479.3	3550.4	3536.1	4672.6	4892.1	5070.1	5170.1	5266.3	5487.5
Ελβετία	5116.9	5363.6	5686.3	6047.6	6391.1	6793.5	7096.1	7535.6	7919.0
Τουρκία	836.8	849.5	872.5	911.6	916.8	977.9	1002.7	996.6	1087.5
Ηνωμένο Βασίλειο	2792.2	2951.0	3040.7	3083.7	3176.5	3845.0	3989.3	4125.3	4192.5
ΗΠΑ	7402.5	7679.0	7931.7	8144.8	8414.7	8616.4	9035.5	9507.2	9892.3

*εκτιμώμενη τιμή

Πηγή: OECD

Ενδεικτικά, παρατηρούμε ότι στις χώρες της Μεσογείου και συγκεκριμένα στην Ιταλία οι δαπάνες από 3140.5 δολάρια κατά άτομο το 2010 αυξήθηκαν στα 3391.2

δολάρια το 2016, στην Ισπανία από 2885.7 δολάρια αυξήθηκαν στα 3248.4 δολάρια. Μοναδική εξαίρεση αποτελεί η Πορτογαλία, στην οποία οι δαπάνες κατά άτομο παρέμειναν σχεδόν σταθερές.

Στις χώρες της κεντρικής και βόρειας Ευρώπης οι δαπάνες για την υγεία κατ' άτομο αυξήθηκαν. Για παράδειγμα, στη Γερμανία από 4413.2 δολάρια κατά άτομο το 2010 αυξήθηκαν στα 5550.6 το 2016, αύξηση κατά 25.77%, στη Γαλλία από 3872.0 δολάρια το 2010 στα 4600.4 το 2016, αύξηση κατά 18.81%, στην Αγγλία από 3040.7 δολάρια το 2010 στα 4192.5 δολάρια το 2016, αύξηση κατά 37.88%, στην Ελβετία από 5686.3 δολάρια το 2010 στα 7919.0 δολάρια το 2016, αύξηση κατά 39.4% και στο Λουξεμβούργο από 6386.5 δολάρια το 2010 στα 7462.8 δολάρια το 2016, αύξηση κατά 16.85%.

Στις Σκανδιναβικές χώρες, επίσης, παρατηρείται διαχρονική αύξηση στις δαπάνες για την υγεία κατ' άτομο. Στη Φιλανδία από 3442.1 δολάρια το αυξήθηκε στα 4062.2 δολάρια το 2016, αύξηση κατά 18%, στη Νορβηγία από 5167.6 δολάρια το 2010 στα 6647.5 δολάρια το 2016, αύξηση κατά 28.6% και στη Σουηδία από 3536.1 δολάρια το 2010 στα 5487.5 δολάρια το 2016, αύξηση κατά 55.2%.

Η διαχρονικά, παρατηρούμενη μειωμένη δαπάνη για την υγεία κατ' άτομο στην Ελλάδα κατά τα χρόνια της κρίσης (2010-2016), η ελάχιστη αύξηση για τις χώρες της Μεσογείου και η αισθητά αυξημένη δαπάνη για τις χώρες της κεντρικής και βόρειας Ευρώπης μπορεί να αποδοθεί στην παρατεταμένη οικονομική αβεβαιότητα στις χώρες του νότου και τη μεταφορά πόρων από τις χώρες του νότου στις χώρες του βορρά.

Ακόμη, σε αναδυόμενες και σε αναπτυσσόμενες χώρες, όπως στην Τουρκία παρατηρήθηκε αύξηση της κατά κεφαλή δαπάνης για την υγεία από 872.5 δολάρια κατά άτομο το 2010 στα 1087.5 δολάρια το 2016, αύξηση κατά 24.6%. Τέλος, στην Ιρλανδία παρατηρήθηκε αύξηση από 4555.9 δολάρια το 2010 στα 5528.4 δολάρια το 2016, αύξηση κατά 21.3%, παρά το γεγονός ότι βρισκόταν σε μνημονιακή κατάσταση.

3.5.3 Κατανομή των δαπανών υγείας σε ιδιωτικό και δημόσιο τομέα

Στους Πίνακες 3.14, 3.15 και 3.16 εμφανίζονται οι δαπάνες κατ' άτομο στην υγεία τόσο του δημόσιου τομέα όσο και του ιδιωτικού τομέα, καθώς και οι ιδιωτικές πληρωμές (*out-of-pocket*) από το 2008 έως και το 2016 για τις χώρες του ΟΟΣΑ.

Πίνακας 3.14

Η δημόσια δαπάνη κατ' άτομο για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ (2008-2016)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Αυστραλία	2284.0	2469.9	2476.0	2626.0	2571.5	2827.6	2828.8	3024.0	3189.9
Αυστρία	3026.7	3156.1	3226.6	3332.6	3556.1	3664.3	3774.8	3854.8	3957.4*
Βέλγιο	2740.3	2968.3	3081.9	3211.7	3350.6	3484.3	3597.2	3701.9	3740.0*
Βραζιλία	482.3	510.4	491.0	501.7	509.6	549.4	-	-	-
Καναδά	2660.5	2880.4	2952.7	2998.0	3040.4	3144.2	3170.0	3180.6	3248.8
Χιλή	456.1	519.3	554.8	618.4	686.9	988.1	1048.3	1141.1	1200.0
Κίνα	173.2	220.5	244.6	287.9	329.4	365.9	409.1	-	-
Κολομβία	480.8	533.4	536.2	581.2	640.5	667.1	724.3	-	-
Κόστα Ρίκα	756.4	833.8	881.9	936.3	969.1	993.4	1010.0	-	-
Τσεχία	1453.9	1677.8	1600.4	1685.3	1709.7	1971.7	2042.3	2031.3	2097.0*
Δανία	3298.7	3640.5	3780.0	3788.9	3865.8	4024.0	4121.4	4255.8	4373.9*
Εσθονία	1004.0	1046.0	1045.7	1096.3	1162.9	1250.0	1342.1	1426.5	1512.9
Φιλανδία	2414.5	2512.2	2556.2	2723.4	2843.0	2946.3	2946.8	2972.8	3015.5*
Γαλλία	2787.0	2957.5	3034.1	3148.5	3199.4	3399.0	3517.2	3574.9	3626.3*
Γερμανία	3000.1	3522.8	3682.8	3821.2	3913.2	4156.9	4382.1	4521.4	4694.8
Ελλάδα	1689.2	1972.2	1861.7	1568.9	1465.6	1343.9	1217.2	1305.8	1295.9*
Ουγγαρία	1012.1	1024.0	1088.8	1146.2	1130.0	1183.6	1222.0	1276.5	1434.3
Ισλανδία	3072.4	3049.6	2721.2	2747.3	2835.2	2993.0	3152.9	3345.1	3592.7
Ινδία	42.3	47.9	50.1	55.1	58.5	68.2	80.9	-	-
Ινδονησία	75.5	79.7	86.8	92.3	109.7	116.4	114.3	-	-
Ιρλανδία	3197.2	3367.5	3470.6	3433.0	3551.9	3514.7	3521.9	3692.4	3878.6*
Ισραήλ	1177.1	1195.4	1279.1	1341.2	1419.6	1535.5	1628.4	1645.5	1702.2
Ιταλία	2354.4	2428.5	2463.9	2473.0	2470.8	2460.1	2474.1	2509.4	2544.7
Ιαπωνία	2315.7	2437.7	2625.6	3180.5	3369.3	3544.8	3591.2	3724.5	3801.1*
Κορέα	954.3	1043.5	1144.5	1173.7	1216.5	1264.8	1347.6	1429.6	1538.1
Λετονία	659.4	619.9	651.0	699.6	695.2	734.9	784.7	824.6	827.6*
Λιθουανία	929.1	968.2	983.9	1054.1	1043.8	1084.5	1177.8	1260.4	1318.6
Λουξεμβούργο	5221.9	5482.2	5423.1	4964.3	5308.2	5519.3	5644.1	5589.9	6193.5
Μεξικό	388.8	415.0	443.3	483.7	519.0	547.8	531.6	550.1	558.1*
Ολλανδία	3561.6	3720.4	3828.8	3983.1	4174.6	4299.7	4293.1	4275.0	4353.6
Νέα Ζηλανδία	2200.4	2394.9	2433.4	2517.9	2563.0	2715.7	2800.3	2847.5	2879.0*
Νορβηγία	4133.6	4247.2	4376.0	4605.9	4862.2	5083.8	5233.6	5286.2	5664.1
Πολωνία	836.4	909.3	970.3	1009.6	1035.1	1113.5	1135.0	1192.3	1239.9
Πορτογαλία	1703.3	1830.2	1874.5	1727.9	1621.5	1697.1	1717.5	1763.8	1811.4
Ρωσία	667.1	732.1	672.3	728.2	810.2	830.0	826.8	825.2	-
Σλοβακία	1243.8	1349.7	1403.0	1414.0	1468.1	1558.4	1611.4	1641.7	1714.8*
Σλοβενία	1710.4	1720.7	1744.8	1803.6	1807.3	1836.1	1880.1	1957.6	2035.8
Νότια Αφρική	421.7	453.0	470.8	506.4	537.2	540.4	554.2	-	-
Ισπανία	2042.5	2197.5	2157.9	2151.2	2095.5	2090.0	2140.5	2258.8	2293.2*
Σουηδία	2848.1	2909.9	2895.5	3923.4	4088.9	4227.7	4310.1	4406.0	4603.3
Ελβετία	3333.9	3515.3	3554.7	3814.0	4110.7	4408.0	4540.8	4820.5	5038.4

Τουρκία	608.3	683.8	680.6	721.3	725.8	766.2	778.2	778.7	863.4*
Ηνωμένο Βασίλειο	2305.5	2465.0	2527.5	2546.7	2602.4	3057.7	3177.2	3286.2	3320.1*
ΗΠΑ	3495.4	3696.1	3836.5	3946.2	4070.8	4205.5	4457.2	4692.1	4860.1*

*εκτιμώμενη τιμή

Πηγή: OECD

Πίνακας 3.15

Η ιδιωτική δαπάνη κατ' άτομο για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ (2008-2016)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Αυστραλία	1026.2	1094.4	1131.4	1168.1	1236.1	1358.2	1399.9	1468.6	1518.2
Αυστρία	929.2	972.2	1011.1	1051.1	1127.5	1196.7	1225.8	1245.2	1270.0*
Βέλγιο	821.0	863.5	898.2	946.6	962.9	1020.3	1059.2	1076.6	1099.8*
Βραζιλία	617.8	638.9	376.9	403.1	424.1	445.3	-	-	-
Καναδά	1151.8	1221.4	1275.1	1249.8	1268.1	1316.4	1332.4	1352.2	1394.9
Χιλή	641.2	630.7	664.8	739.8	798.4	634.6	688.6	736.3	776.9
Κίνα	173.6	199.5	205.8	227.2	259.3	289.7	324.2	-	-
Κολομβία	196.7	193.1	192.0	187.7	201.0	207.6	239.8	-	-
Κόστα Ρίκα	331.5	316.4	318.9	337.8	354.3	366.6	379.9	-	-
Τσεχία	316.9	337.1	320.1	323.8	331.9	381.0	403.3	402.8	418.3*
Δανία	627.4	669.9	690.1	738.8	735.2	747.9	784.3	802.0	825.5*
Εσθονία	299.7	296.8	323.8	331.9	353.0	402.1	429.8	458.6	476.0
Φιλανδία	816.7	847.4	885.9	917.3	931.0	973.3	988.5	1020.4	1046.6*
Γαλλία	775.5	811.4	837.9	882.3	890.5	931.6	947.0	954.6	974.1*
Γερμανία	936.0	691.1	730.4	767.0	794.0	804.1	818.0	831.3	855.9
Ελλάδα	1206.1	905.6	833.9	805.0	750.3	813.5	854.6	869.2	891.2*
Ουγγαρία	456.8	474.5	533.7	576.7	594.3	592.3	598.5	636.5	666.8
Ισλανδία	647.4	670.2	662.2	663.2	683.3	714.4	737.6	760.6	783.6
Ινδία	115.6	123.7	134.6	147.9	158.3	171.9	188.4	-	-
Ινδονησία	135.2	141.1	143.5	151.1	167.2	178.8	188.2	-	-
Ιρλανδία	833.5	1001.8	1085.3	1085.2	1131.6	1518.7	1560.1	1583.4	1649.8*
Ισραήλ	714.5	728.0	728.4	768.9	810.2	855.5	923.6	1023.0	1073.5
Ιταλία	676.7	672.8	676.7	738.2	747.6	774.5	796.5	842.2	846.5
Ιαπωνία	737.2	560.9	579.2	617.5	645.1	662.1	678.0	711.1	718.2*
Κορέα	712.6	758.4	831.4	874.4	942.8	987.3	1048.6	1105.3	1190.7
Λετονία	432.6	414.4	430.6	402.2	456.8	489.6	526.2	609.7	638.6*
Λιθουανία	375.1	367.9	387.1	429.3	505.8	551.8	564.6	621.7	650.4
Λουξεμβούργο	757.7	911.2	963.5	1005.5	1095.0	1173.5	1206.2	1228.0	1269.3
Μεξικό	4580.0	474.2	468.0	458.7	486.9	490.4	494.8	504.4	522.3*
Ολλανδία	798.4	792.8	809.3	863.3	918.2	1003.7	1028.9	1021.7	1031.8
Νέα Ζηλανδία	529.5	573.8	586.4	612.9	636.4	686.7	696.0	697.0	710.6
Νορβηγία	776.8	780.3	789.0	849.8	874.6	895.5	902.7	903.9	983.3
Πολωνία	330.6	359.7	383.4	414.9	442.8	462.4	471.3	511.3	557.8
Πορτογαλία	787.4	787.3	812.2	824.6	851.5	838.8	881.5	899.9	923.0

Ρωσία	397.6	447.5	423.0	434.1	461.5	500.6	511.4	525.8	-
Σλοβακία	406.6	487.0	548.1	502.5	566.1	541.7	397.1	417.7	434.7*
Σλοβενία	614.9	634.1	634.7	656.4	709.8	749.9	767.4	773.2	798.9
Νότια Αφρική	487.0	509.4	532.6	548.7	567.6	587.5	594.7	-	-
Ισπανία	731.3	717.1	727.7	764.2	806.7	850.5	916.8	921.3	955.2*
Σουηδία	631.2	640.5	640.6	749.2	803.2	842.4	860.0	860.3	884.2
Ελβετία	1783.0	1848.3	2131.6	2233.6	2280.4	2385.6	2555.2	2715.1	2880.6
Τουρκία	228.5	165.7	192.0	190.3	190.9	211.7	224.6	217.9	224.1*
Ηνωμένο Βασίλειο	486.7	486.0	513.2	537.0	574.2	787.3	812.0	839.1	872.3*
ΗΠΑ	3907.1	3982.9	4095.2	4198.6	4343.9	4410.9	4578.3	4815.1	5032.1*

*εκτιμώμενη τιμή

Πηγή: OECD

Πίνακας 3.16

Οι ιδιωτικές πληρωμές (out-of-pocket) κατ' άτομο για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ (2008-2016)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Αυστραλία	630.3	679.1	712.4	727.4	759.0	825.3	838.8	-	-
Αυστρία	691.3	718.4	750.9	781.7	835.0	886.6	904.0	914.1	-
Βέλγιο	658.0	700.9	728.5	761.1	775.0	816.9	845.4	839.4	-
Βραζιλία	346.2	365.4	-	-	-	-	-	-	-
Καναδά	587.2	616.4	655.0	624.7	625.5	643.4	651.8	664.0	685.9
Χιλή	413.7	404.5	426.8	474.6	503.2	540.9	568.0	605.3	641.3
Κίνα	140.2	157.3	158.9	179.1	202.1	222.1	234.5	-	-
Κολομβία	144.9	135.6	129.4	120.2	122.5	120.6	148.1	-	-
Κόστα Ρίκα	294.9	283.6	288.5	307.4	322.4	333.6	345.6	-	-
Τσεχία	285.7	303.2	292.9	301.8	312.2	314.3	323.3	333.7	-
Δανία	554.3	589.9	612.2	656.0	649.7	656.1	684.9	694.1	-
Εσθονία	270.1	273.1	300.3	308.1	326.3	373.6	401.0	429.3	445.7
Φιλανδία	632.0	652.0	687.9	704.7	706.4	743.0	745.7	794.3	-
Γαλλία	277.2	287.8	290.8	302.3	300.5	306.0	308.8	307.9	-
Γερμανία	549.9	580.7	613.7	637.0	655.2	652.8	662.4	670.6	685.6
Ελλάδα	1140.1	843.6	758.4	735.4	676.9	739.8	772.8	783.7	-
Ουγγαρία	387.0	391.1	444.8	486.1	506.4	503.7	515.5	555.5	-
Ισλανδία	593.7	618.3	615.3	613.5	631.4	659.9	680.0	698.6	714.9
Ινδία	101.6	108.6	117.0	130.8	140.7	153.2	168.1	-	-
Ινδονησία	103.4	108.2	108.7	115.4	125.6	134.7	141.8	-	-
Ιρλανδία	478.2	554.9	628.5	545.2	532.8	752.4	783.2	800.0	-
Ισραήλ	486.2	495.0	482.7	506.1	527.0	551.1	591.3	661.1	-
Ιταλία	646.8	640.8	645.3	707.3	703.6	703.9	724.0	765.3	769.7
Ιαπωνία	434.7	454.6	467.0	498.4	520.8	534.3	549.4	581.0	-
Κορέα	649.7	676.2	737.1	762.4	815.8	849.6	888.8	932.7	1002.2
Λετονία	407.8	403.1	402.2	377.9	435.7	471.1	510.2	597.0	-
Λιθουανία	367.5	358.3	378.5	419.0	493.0	537.3	549.0	603.7	631.5

Λουξεμβούργο	601.7	632.7	653.5	649.6	668.2	687.3	721.1	725.7	763.6
Μεξικό	411.5	421.1	416.2	402.7	428.5	428.9	426.0	436.2	-
Ολλανδία	468.3	438.0	455.2	481.7	528.9	619.4	649.5	648.9	655.4
Νέα Ζηλανδία	368.8	379.4	380.5	394.3	406.0	429.7	-	-	-
Νορβηγία	769.2	767.3	777.5	829.8	849.0	872.6	882.3	883.5	961.1
Πολωνία	285.1	309.1	321.0	341.2	358.6	372.6	371.5	396.0	420.6
Πορτογαλία	643.1	644.2	659.7	671.3	696.8	683.8	719.9	736.5	748.1
Ρωσία	336.1	407.9	386.9	397.5	424.7	463.5	479.4	492.2	-
Σλοβακία	346.9	411.7	444.9	451.8	472.6	489.8	361.7	379.8	-
Σλοβενία	293.9	300.9	301.8	301.2	315.4	326.3	344.9	342.0	354.5
Νότια Αφρική	76.4	74.1	73.7	73.7	74.3	74.4	74.6	-	-
Ισπανία	582.9	568.1	598.3	614.6	661.9	703.5	752.4	770.5	-
Σουηδία	588.7	600.2	599.1	702.9	753.6	787.7	801.9	800.0	819.9
Ελβετία	1270.8	1322.9	1593.4	1664.5	1771.4	1851.2	2000.6	2136.0	2275.2
Τουρκία	160.5	123.2	147.2	144.9	146.1	165.5	177.7	168.9	-
Ηνωμένο Βασίλειο	270.4	275.9	296.4	305.4	337.5	570.7	586.0	610.3	-
ΗΠΑ	969.7	955.5	965.7	989.9	1011.5	1028.2	1034.8	1053.8	-

*εκτιμώμενη τιμή

Πηγή: OECD

Στις ευρωπαϊκές χώρες της Μεσογείου (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία) παρατηρούμε μείωση της δαπάνης κατ' άτομο για την υγεία στο δημόσιο τομέα και αύξηση στον ιδιωτικό τομέα. Επίσης, παρατηρούμε αύξηση των ιδιωτικών πληρωμών (*out-of-pocket*) για την υγεία, σαν ποσοστό των τρεχουσών δαπανών. Αυτό άλλωστε, όπως παρατηρήσαμε, συνέβη και στην Ελλάδα κατά τη χρονική περίοδο από το 2010 έως και το 2015.

Στις χώρες της κεντρικής και βόρειας Ευρώπης (Γερμανία, Γαλλία, Αγγλία, Ελβετία, Λουξεμβούργο) οι αυξημένες δαπάνες για την υγεία από το 2010 έως και το 2015 καλύπτονται από το δημόσιο τομέα κατά μεγαλύτερο ποσοστό και ελάχιστα από τον ιδιωτικό τομέα. Αναφορικά με τις ιδιωτικές πληρωμές (*out-of-pocket*) για την υγεία, σαν ποσοστό του συνόλου των τρεχουσών δαπανών για τις χώρες της κεντρικής και βόρειας Ευρώπης, παρατηρείται μια διαχρονική μείωση των πληρωμών αυτών για τα έτη 2010-2015.

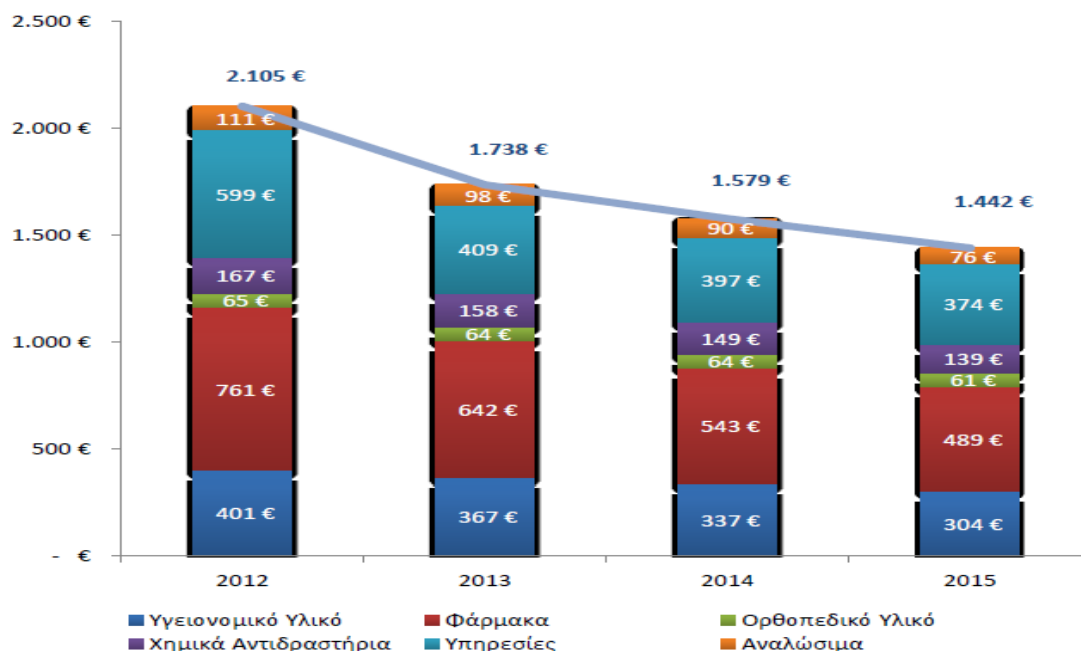
Στις σκανδιναβικές χώρες (Σουηδία, Νορβηγία, Φιλανδία) παρατηρούμε, επίσης, ότι η κάλυψη του μεγαλύτερου μέρους της αύξησης των δαπανών για την υγεία κατ'

άτομο επιβαρύνει το δημόσιο τομέα και ελάχιστα τον ιδιωτικό τομέα, ενώ οι ιδιωτικές πληρωμές (*out-of-pocket*), σαν ποσοστό των τρεχουσών δαπανών, μειώθηκαν.

Τέλος, η Ιρλανδία αποτελεί εξαίρεση, αφού στα χρόνια των μνημονίων που ευρίσκετο, η κάλυψη των σχετικά αυξανόμενων δαπανών για την υγεία προήλθε σε μεγαλύτερο ποσοστό από τον ιδιωτικό τομέα και ελάχιστα από το δημόσιο τομέα, ενώ οι ιδιωτικές πληρωμές (*out-of-pocket*) για την υγεία σαν ποσοστό των τρεχουσών δαπανών κατά τα χρόνια των μνημονίων αυξάνονται και μετά μειώνονται.

3.5.4 Δαπάνες νοσοκομείων ΕΣΥ

Όπως στο σύνολο των δαπανών για την υγεία και κατά μείζονα κατηγορία παρατηρείται μείωση κατά τα έτη της κρίσης από το 2009 έως και το 2014, έτσι και στα στοιχεία της νοσοκομειακής δαπάνης, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι δαπάνες της μισθοδοσίας, παρατηρείται έντονη μείωση των δαπανών αυτών τόσο στο σύνολό τους όσο και ανά κατηγορία.



* Δεν συμπεριλαμβάνονται οι δαπάνες μισθοδοσίας. ** Τη περίοδο 2014-2015 δεν περιλαμβάνονται τα ΙΑ

Πηγή: Στοιχεία ESY.net & BI Health, Υπουργείο Υγείας, επεξεργασία στοιχείων ΣΦΕΕ

Διάγραμμα 3.9

Ανάλυση Δαπανών Νοσοκομείων ΕΣΥ (2012-2015)

(σε εκατομμύρια ευρώ)

Συνολικά, η νοσοκομειακή δαπάνη από το 2012 έως και το 2015 μειώθηκε κατά 31.5%, στα 1.44 δισεκατομμύρια ευρώ από 2.1 δισεκατομμύρια ευρώ. Ανά κατηγορία παρατηρούνται στο Διάγραμμα 3.9 οι ακόλουθες μειώσεις.

Στο υγειονομικό υλικό οι δαπάνες από 401 εκατομμύρια ευρώ το 2012 μειώθηκαν σε 304 εκατομμύρια ευρώ το 2015, μείωση κατά 24.19%. Η δαπάνη για τα φάρμακα από 761 εκατομμύρια ευρώ το 2012 μειώθηκε σε 489 εκατομμύρια ευρώ το 2015, μείωση κατά 35.74%, η δαπάνη για ορθοπεδικό υλικό από 65 εκατομμύρια ευρώ το 2012 σε 61 εκατομμύρια ευρώ το 2015, μείωση κατά 6.15%, η δαπάνη για χημικά αντιδραστήρια από 167 εκατομμύρια ευρώ το 2012 σε 139 εκατομμύρια ευρώ το 2015, μείωση κατά 16.77%, οι δαπάνες για υπηρεσίες από 594 εκατομμύρια ευρώ το 2012 σε 374 εκατομμύρια ευρώ το 2015, μείωση κατά 37.56% και οι δαπάνες για αναλώσιμα από 111 εκατομμύρια ευρώ το 2012 σε 76 εκατομμύρια ευρώ το 2015, μείωση κατά 31.53%.

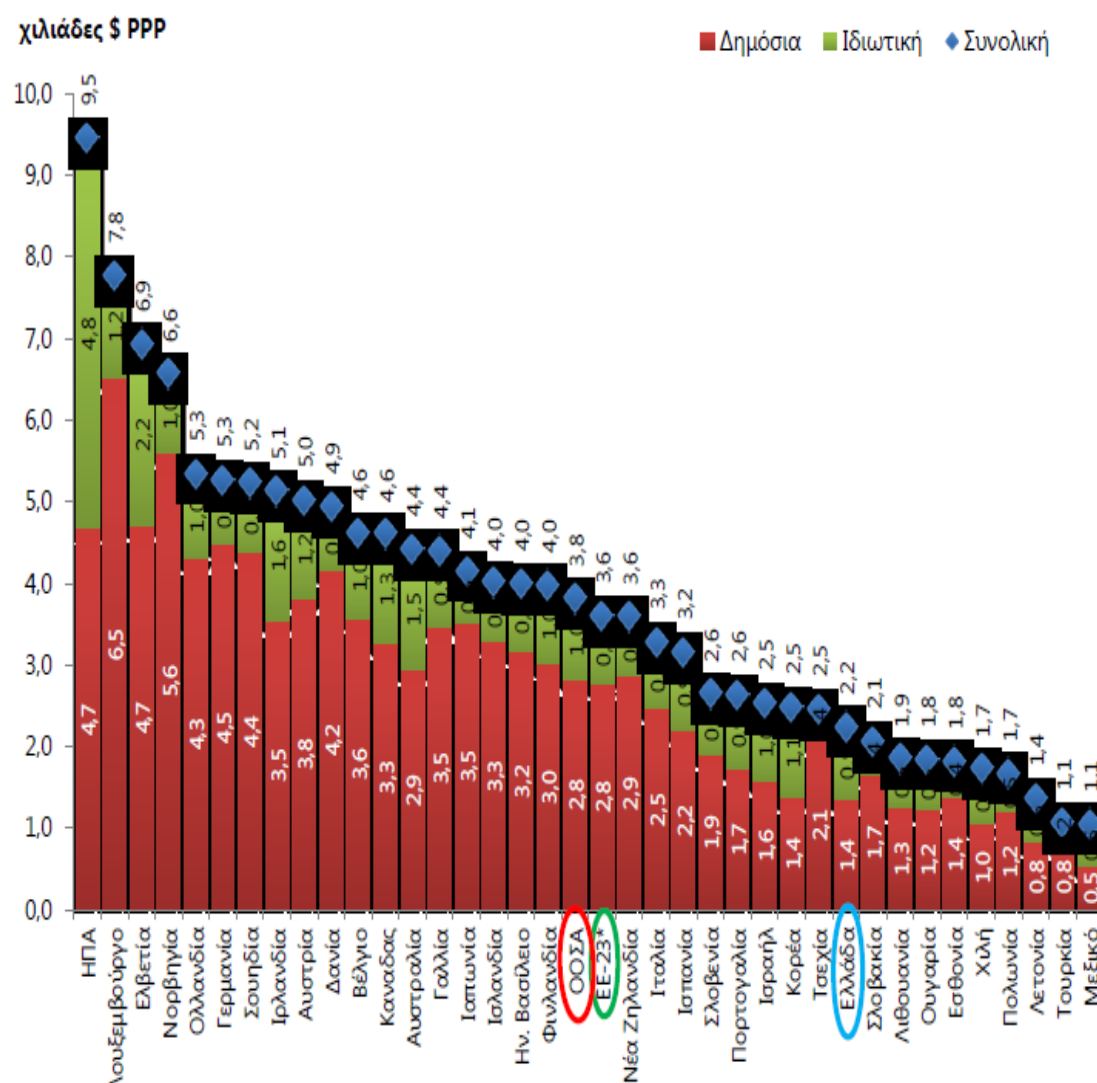
Όπως παρατηρούμε, οι μειώσεις ανά κατηγορία δεν είναι ισοποσοστιαίες. Τη μεγαλύτερη μείωση παρουσιάζουν τα φάρμακα και οι υπηρεσίες, ενώ τη μικρότερη μείωση παρουσιάζουν οι δαπάνες για ορθοπεδικό υλικό.

3.5.5 Οι δαπάνες υγείας με βάση την ισοδυναμία των αγοραστικών δυνάμεων

Η κατά κεφαλή συνολική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα για το 2015 ανέρχεται σε 2.2 χιλιάδες δολάρια, εκ των οποίων τα 1.4 χιλιάδες δολάρια (63.64%) αντιστοιχούν στην κατά κεφαλή δημόσια δαπάνη και τα 0.8 χιλιάδες δολάρια (36.36%) στην κατά κεφαλή ιδιωτική δαπάνη υγείας, εκφραζόμενη σε δολάρια PPP (Purchasing Power Parity).

Στις χώρες της Μεσογείου (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία) σύμφωνα με το Διάγραμμα 3.10 παρατηρούμε ότι η συνολική κατά κεφαλή δαπάνη για την υγεία καθώς και ποσοστιαία η κατά κεφαλή δημόσια δαπάνη σε σύγκριση με τη συνολική δαπάνη είναι μεγαλύτερες σε σύγκριση με τις αντίστοιχες της Ελλάδας, ενώ ποσοστιαία η κατά κεφαλή ιδιωτική δαπάνη για την Ελλάδα είναι μεγαλύτερη από τις αντίστοιχες των χωρών της Μεσογείου. Συγκεκριμένα, για την Ιταλία η συνολική κατά κεφαλή δαπάνη είναι 3.3 χιλιάδες δολάρια και συγκεκριμένα το 75.75% είναι δημόσια και το 24.25% είναι ιδιωτική. Στην Ισπανία η συνολική κατά κεφαλή δαπάνη είναι 3.2 χιλιάδες δολάρια, εκ των οποίων το 68.75% είναι δημόσια και 31.25% ιδιωτική, και

στην Πορτογαλία η συνολική κατά κεφαλή δαπάνη είναι 2.6 χιλιάδες δολάρια, εκ των οποίων το 65.38% είναι δημόσια και 34.62% ιδιωτική.



*Η ΕΕ αναφέρεται στο μέσο όρο 23 χωρών της ΕΕ, λόγω μη διαθεσιμότητας στοιχείων για τις υπόλοιπες

Πηγή: OECD

Διάγραμμα 3.10

Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας σε \$ PPP (2015)

Στις χώρες της κεντρικής και βόρειας Ευρώπης (Γερμανία, Λουξεμβούργο, Ελβετία, Γαλλία, Αγγλία) η συνολική κατά κεφαλή δαπάνη για την υγεία, καθώς και ποσοστιαία η δημόσια κατά κεφαλή δαπάνη σε σύγκριση με τη συνολική είναι υψηλότερες με τις αντίστοιχες της Ελλάδας, ενώ ποσοστιαία η κατά κεφαλή ιδιωτική δαπάνη είναι μικρότερη σε σύγκριση με την αντίστοιχη της Ελλάδας.

Στις σκανδιναβικές χώρες (Φινλανδία, Σουηδία, Νορβηγία) ισχύει το ίδιο με τις χώρες της κεντρικής και βόρειας Ευρώπης, όπου η κατά κεφαλή συνολική δαπάνη είναι μεγαλύτερη από την αντίστοιχη της Ελλάδας καθώς επίσης και ποσοστιαία η κατά κεφαλή δημόσια δαπάνη, ενώ ποσοστιαία η κατά κεφαλή ιδιωτική δαπάνη είναι μικρότερη σε σύγκριση με την αντίστοιχη της Ελλάδας.

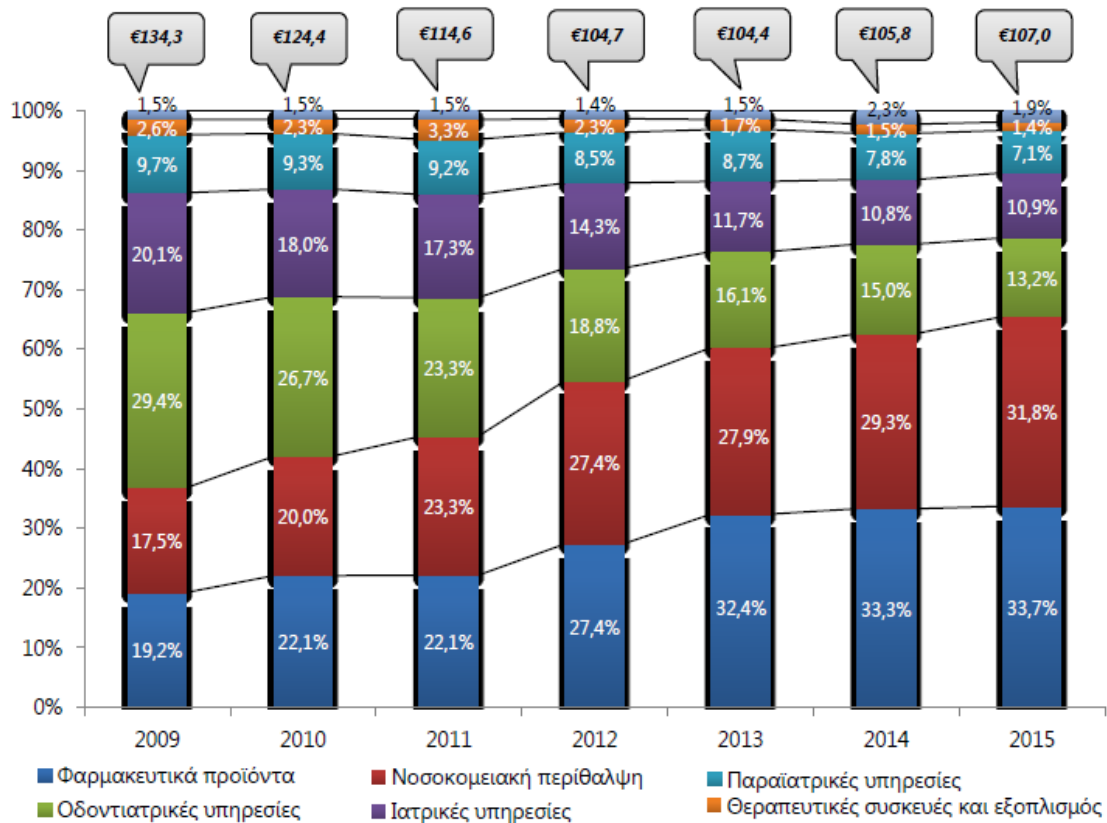
Στην Ιρλανδία η κατά κεφαλή συνολική δαπάνη είναι 5.1 χιλιάδες δολάρια, από τα οποία το 68.63% είναι δημόσια και το 31.37% είναι ιδιωτική. Στην Τουρκία η κατά κεφαλή συνολική δαπάνη για την υγεία είναι 11 χιλιάδες δολάρια, μικρότερη από την αντίστοιχη της Ελλάδας και συγκεκριμένα το 72.73% είναι δημόσια και το 27.27% είναι ιδιωτική.

Η χώρα μας έχει μικρότερη κατά κεφαλή συνολική δαπάνη για την υγεία εκφραζόμενη σε δολάρια PPP, σε σύγκριση με τις χώρες της Μεσογείου, με τις χώρες της κεντρικής και βόρειας Ευρώπης, με τις σκανδιναβικές χώρες, με το μέσο των χωρών του ΟΟΣΑ και με το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ποσοστιαία η κατά κεφαλή δημόσια δαπάνη για την υγεία στην Ελλάδα αποτελεί το μικρότερο ποσοστό της συνολικής κατά κεφαλής δαπάνης ως προς τις αναφερόμενες χώρες.

Η Ελλάδα σε σύγκριση με τις λιγότερο ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες έχει τη μεγαλύτερη συνολική κατά κεφαλή δαπάνη, αλλά ποσοστιαία η κατά κεφαλή δημόσια δαπάνη ως προς τη συνολική είναι μικρότερη με τις αντίστοιχες των χωρών αυτών.

3.5.6 Κατανομή των δαπανών υγείας των νοικοκυριών και της κοινωνικής προστασίας

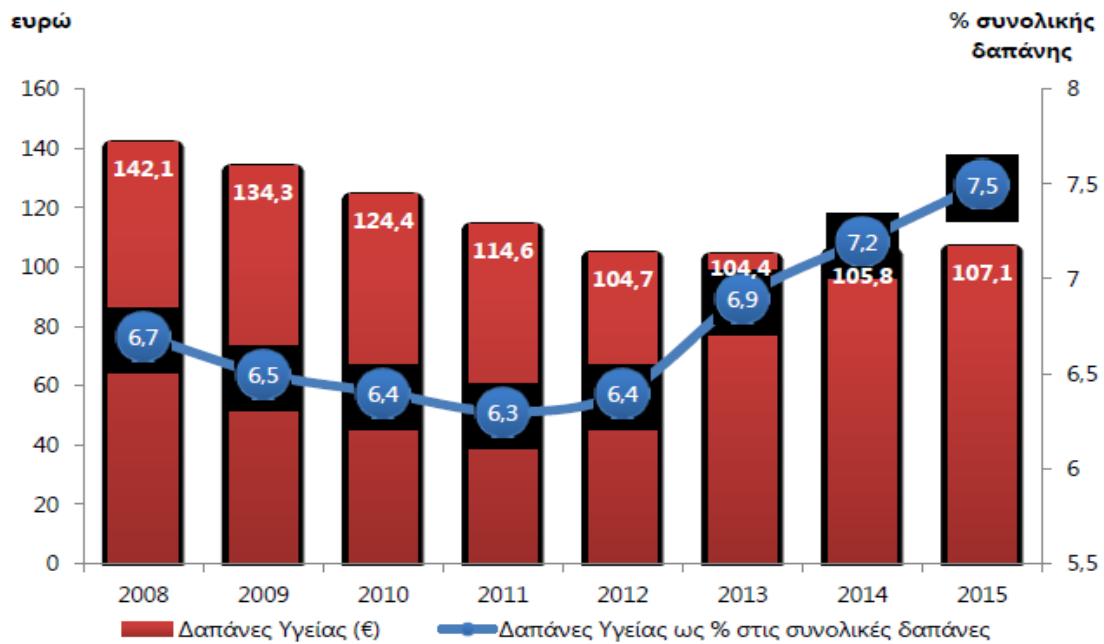
Κατά τη περίοδο κρίσης στην Ελλάδα το βάρος των δαπανών των νοικοκυριών στις δαπάνες υγείας μετατοπίστηκε στη φαρμακευτική δαπάνη και στη νοσοκομειακή περίθαλψη, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 3.11. Συγκεκριμένα από τα 107 ευρώ που ήταν η μηνιαία δαπάνη υγείας ανά νοικοκυριό το 2015, το 33.7% αφορά τη φαρμακευτική δαπάνη, το 31.8% την κάλυψη της νοσοκομειακής περίθαλψης, το 13.2% τις οδοντιατρικές υπηρεσίες και το 10.9% τις ιατρικές υπηρεσίες. Σε σύγκριση με το 2009 παρατηρούμε, διαχρονικά, αύξηση στη δαπάνη για φαρμακευτικά προϊόντα και στη νοσοκομειακή περίθαλψη μέχρι και το 2015. Αντίθετα παρατηρούμε μείωση στις δαπάνες για οδοντιατρικές υπηρεσίες, για ιατρικές υπηρεσίες και για παραϊατρικές υπηρεσίες.



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, επεξεργασία στοιχείων IOBE

Διάγραμμα 3.11

Κατανομή δαπανών υγείας των νοικοκυριών (2008-2015)

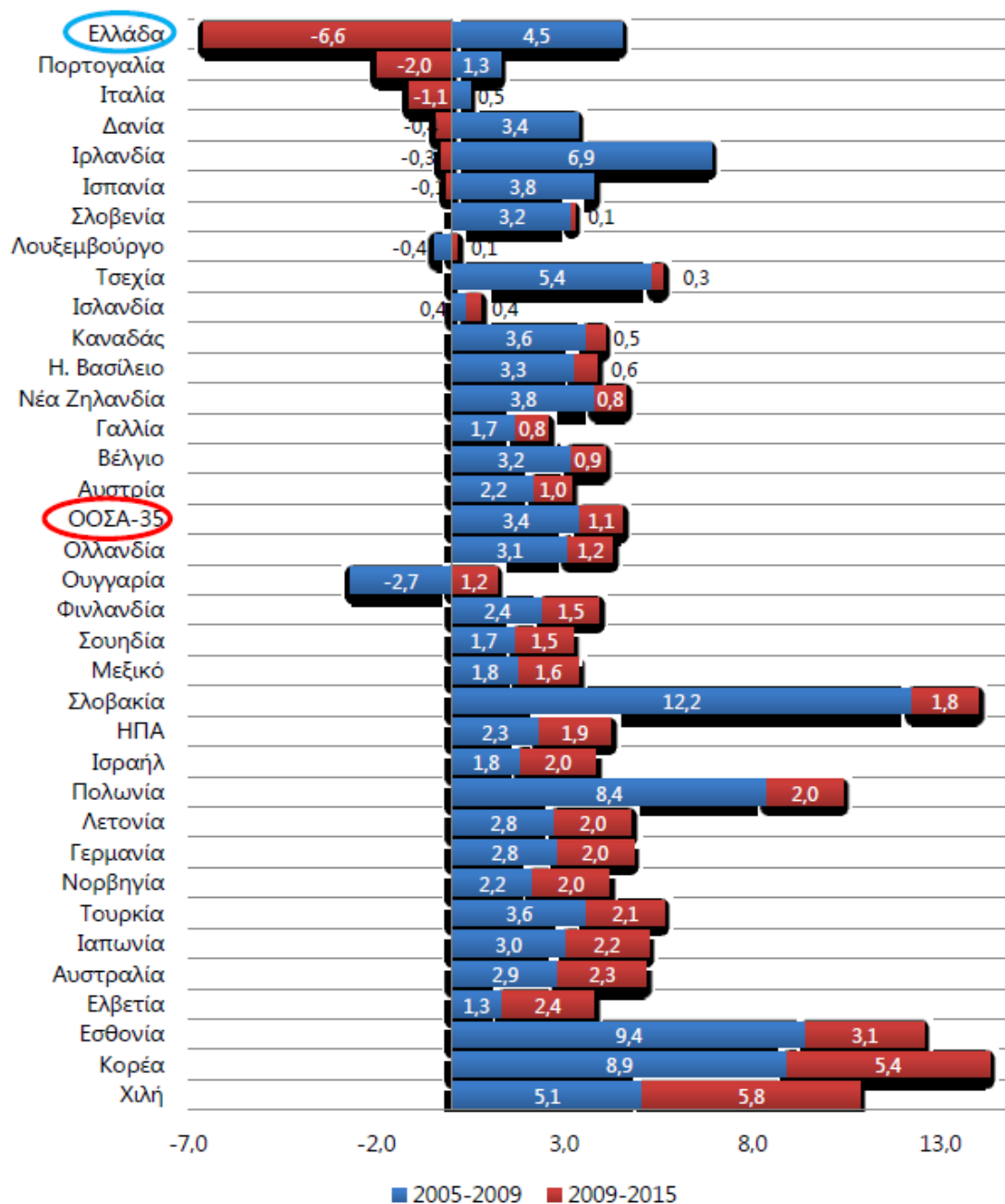


Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2016, επεξεργασία στοιχείων IOBE

Διάγραμμα 3.12

Κατανομή δαπανών νοικοκυριών για την υγεία (2008-2015)

Στο Διάγραμμα 3.12 παρατηρούμε ότι, διαχρονικά, παρά το γεγονός ότι οι δαπάνες ανά νοικοκυριό, σε απόλυτα μεγέθη, παρουσιάζουν συνεχή μείωση, από το 2009 έως το 2015 το ποσοστό των δαπανών αυτών, συνεχώς, αυξάνεται από έτος σε έτος, αποκαλύπτοντας έτσι τη μειωμένη αγοραστική δύναμη των νοικοκυριών και ταυτόχρονα την αυξημένη συμμετοχή των ασθενών στις κατηγορίες των ανελαστικών δαπανών για την υγεία.



Πηγή: OECD

Διάγραμμα 3.13
Μεταβολή δαπανών κοινωνικής προστασίας (2005-2015)

Αναφορικά με τις δαπάνες κοινωνικής προστασίας, κατά τις περιόδους πριν την κρίση (2005-2009) και μετά την κρίση (2009-2015) σε σύγκριση με τις λοιπές χώρες του ΟΟΣΑ, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 3.13 παρατηρούμε ότι η Ελλάδα αποτελεί τη μεγάλη εξαίρεση, αφού οι δαπάνες κοινωνικής προστασίας παρουσίασαν την πλέον έντονη κάμψη, κατά 6.6% κατά την περίοδο 2009-2015, παρά την αύξηση κατά 4.5% την περίοδο 2005-2009.

Οι μόνες χώρες που παρουσίασαν ελάχιστη κάμψη των δαπανών για κοινωνική προστασία, για τα έτη 2009-2015 ήταν η Πορτογαλία (-2%), η Ιταλία (-1.1%), η Δανία (-0.4%), η Ιρλανδία (-0.3%) και η Ισπανία (-0.1%). Από τις χώρες αυτές η Πορτογαλία, η Ιρλανδία και η Ισπανία ήταν σε μνημόνιο για κάποιο χρονικό διάστημα, ενώ η Ιταλία ακολούθησε πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής.

Οι λοιπές χώρες του ΟΟΣΑ παρουσίασαν αύξηση των δαπανών κοινωνικής προστασίας καθ' όλη τη διάρκεια της χρονικής περιόδου 2005 έως το 2015. Ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ των 35 χωρών, κατά τη περίοδο 2005-2015, παρουσιάζει αύξηση των δαπανών κοινωνικής προστασίας κατά 4.5%. Συμπερασματικά, στην Ελλάδα, η οποία επί σειρά ετών βρίσκεται σε προγράμματα δημοσιονομικής προσαρμογής και μέτρα λιτότητας, παρατηρείται μία έντονη κάμψη των δαπανών κοινωνικής προστασίας.

3.6 Πολιτικές και οικονομικά στοιχεία για το φάρμακο

Τα φάρμακα είναι και εξακολουθούν να αποτελούν ένα μεγάλο τμήμα της συνολικής δαπάνης για την υγεία. Η σχετική δαπάνη για την αγορά του φαρμάκου καλύπτεται κυρίως από την κοινωνική ασφάλιση, αφού το φάρμακο αποτελεί ένα κοινωνικό αγαθό. Η ορθολογική φαρμακευτική πολιτική και η χρηστή διαχείριση των δαπανών είναι τα απαραίτητα εκείνα στοιχεία για την κάλυψη της φαρμακευτικής αγωγής των ασθενών.

Όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς στο φάρμακο, όπως το δημόσιο, τα ασφαλιστικά ταμεία, οι φαρμακαποθήκες, οι φαρμακοβιομηχανίες, τα φαρμακεία και τα νοσοκομεία, θα πρέπει να συνεργάζονται και ο κάθε φορέας, χωριστά, θα πρέπει, μέσω της πολιτικής που ακολουθεί για τα φάρμακα, να συμβάλει στην εξασφάλιση των απαραίτητων φαρμάκων για τη θεραπεία των ασθενών, στα πλαίσια της ορθολογικής τιμολογιακής πολιτικής.

3.6.1 Πολιτική για το φάρμακο

Την πορεία των συνολικών δαπανών για την υγεία, τόσο πριν την οικονομική κρίση όσο και μετά την επιβολή των μνημονίων, ακολούθησε η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα. Η έλλειψη, όμως, μιας ορθολογικής φαρμακευτικής πολιτικής και η μη χρηστή διαχείριση των δαπανών για το φάρμακο ήταν ορισμένα από τα αίτια που προκάλεσαν την αύξηση των δαπανών για το φάρμακο και τη διατήρησή του σε υψηλά επίπεδα για τα χρόνια πριν την οικονομική κρίση και την καθιέρωση των μνημονίων. Συγκεκριμένα, κατά τα έτη 2009, 2010 και 2011 οι φαρμακευτικές δαπάνες κορυφώθηκαν, αφού κατά το έτος 2011 αποτελούσαν το 34.81% των συνολικών δαπανών για την υγεία και το 3.3% ως ποσοστό του ΑΕΠ. Η παρατηρούμενη σημαντική αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης μπορεί, επίσης, να αποδοθεί στην έλλειψη μηχανογράφησης, στην υπερσυνταγογράφηση, στην αύξηση της κατανάλωσης φαρμάκων και στην έλλειψη ελέγχου στο σύστημα υγείας.

Στην αισθητή μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, που ακολούθησε τα χρόνια των μνημονίων στην Ελλάδα, συνέβαλαν η χρήση των γενόσημων φαρμάκων, η μεγαλύτερη συμμετοχή των ασφαλισμένων στη φαρμακευτική δαπάνη και η μείωση των περιθωρίων κέρδους των φαρμακοποιών. Ταυτόχρονα, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, ο έλεγχος και ο περιορισμός στην κατανάλωση φαρμάκων συνέβαλαν στο περιορισμό της σπατάλης και της διαφθοράς και έτσι επετεύχθη ο δημοσιονομικός έλεγχος της φαρμακευτικής δαπάνης.

Πίνακας 3.17

Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη στην Ελλάδα (σε εκατομμύρια ευρώ)

	2009	2015	2016
Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη	5108	2000	1945

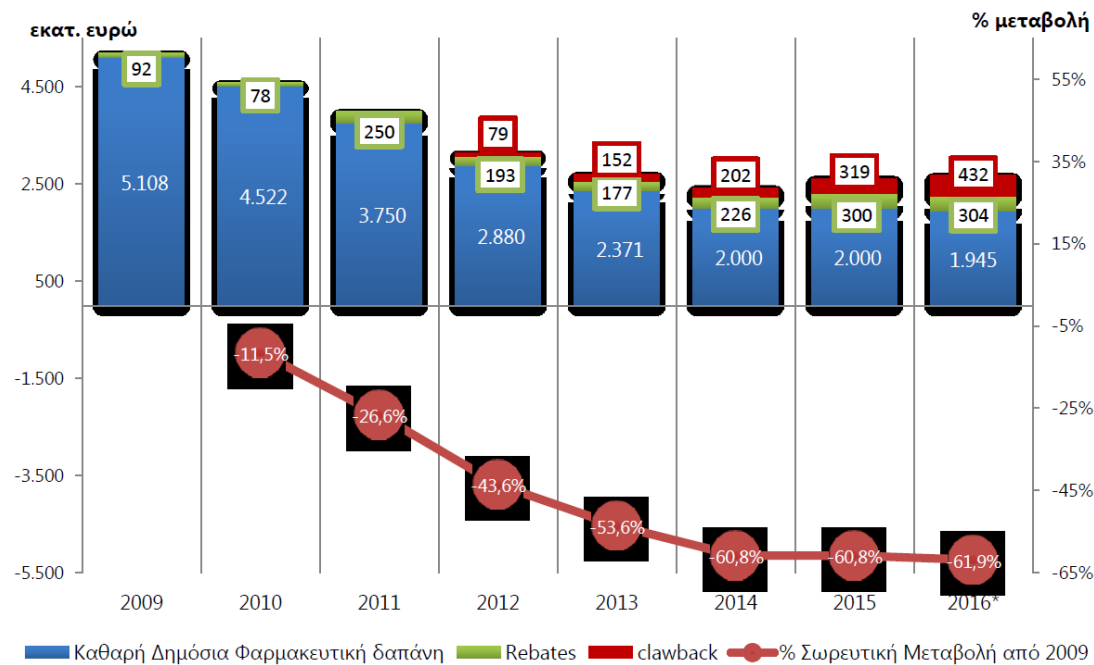
Πηγή: IOBE

Η αισθητή μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης επιβεβαιώνεται από τον Πίνακα 3.17 του IOBE, όπου η καθαρή δημόσια φαρμακευτική δαπάνη από 5.11 δισεκατομμύρια ευρώ το 2009 μειώθηκε στα 1.95 δισεκατομμύρια ευρώ το 2016, μείωση κατά 61.9%. Η υιοθέτηση ενός ολοκληρωμένου συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, εκτός του ότι συνέβαλε σε μεγάλο βαθμό στη μείωση της

φαρμακευτικής δαπάνης, προσέφερε πολλαπλά πλεονεκτήματα σε ότι αφορά στην ποιότητα και στο κόστος των υπηρεσιών περίθαλψης, όπως η μείωση της γραφειοκρατίας, η ελαχιστοποίηση των λαθών στη ροή των φαρμάκων, η εξυπηρέτηση και συμμόρφωση των ασθενών στην ποιότητα των συνταγών, η καθοδήγηση του γιατρού που συνταγογραφεί και στον περιορισμό και έλεγχο των φαρμακευτικών δαπανών.

3.6.2 Φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα

Κατά τα χρόνια της κρίσης το ποσοστό της φαρμακευτικής δαπάνης, ως προς το σύνολο της συνολικής δαπάνης για την υγεία, μειώθηκε από 30.4% το 2010 σε 28.36% το 2015, παρά τη διαχρονική μείωση των συνολικών δαπανών για την υγεία σε απόλυτα μεγέθη. Επίσης, παρατηρήθηκε διαχρονική μείωση της κατά κεφαλή δαπάνης για την υγεία. Το 2010 η δαπάνη κατ' άτομο ήταν στα 867.9 δολάρια, ενώ το 2014 μειώθηκε στα 629.6 δολάρια κατ' άτομο.



*Τα rebates δεν αφορούν εκπτώσεις; Το 2016 είναι βασισμένο στο επίσημο σημείωμα του clawback για το 1ο εξάμηνο.

Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ), ΕΟΠΥΥ, Εκθέσεις Προϋπολογισμών, επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ, ΣΦΕΕ

Διάγραμμα 3.14

Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη στην Ελλάδα (2009-2016)

Το 2010 η φαρμακευτική δαπάνη αποτελούσε το 3% του ΑΕΠ και μειώθηκε στο 2.35% του ΑΕΠ το 2015, παρά τη μείωση του ΑΕΠ. Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη είναι το τελικό ποσό που αποζημιώνουν τα ασφαλιστικά ταμεία, μετά την αφαίρεση όλων των *rebates* και του *clawback*.

Όπως παρατηρούμε στο Διάγραμμα 3.14 η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη από 5.11 δισεκατομμύρια ευρώ το 2009 μειώθηκε στα 4.52 δισεκατομμύρια ευρώ το 2010, μείωση κατά 11.5%. Η μείωση αυτή για τα επόμενα χρόνια είναι συνεχής, οπότε το 2016 η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε στα 1.94 δισεκατομμύρια ευρώ, μείωση κατά 61.9% σε σύγκριση με το 2009. Αντίστοιχα σημειώνεται σημαντική αύξηση τόσο στα *rebates* όσο και στο *clawback*. Συγκεκριμένα, το 2015 σημειώθηκε αύξηση κατά 32.5% στα *rebates* και 58.2% στο *clawback*, σε σύγκριση με την προηγούμενη χρονιά. Παρά την αισθητή μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης η κάλυψη των αναγκών των ασθενών σε φάρμακα δεν είναι δυνατή από το κράτος, με αποτέλεσμα να υπάρξει μεγάλη μετατόπιση της κάλυψης των αναγκών στον ιδιωτικό τομέα, στους ασθενείς και στις φαρμακευτικές εταιρείες.

Πίνακας 3.18

Ποσοστό συμμετοχής της φαρμακευτικής βιομηχανίας στη δαπάνη (2012-2016)
(σε εκατομμύρια ευρώ)

Έτος	Rebates Φαρμα- κευτικής βιομηχα- νίας	Clawback φαρμα- κευτικής βιομηχα- νίας	Συνολική επιβάρυνση (a)	Προϋπολο- γισθείσα Δημόσια φαρμακευ- τική δαπάνη (b)	Ποσοστό συμμετοχής Φαρμακευ- τικής βιομηχανίας στη δαπάνη
2012	193	78	271	2880	8.6%
2013	177	153	330	2371	12.2%
2014	226	204	430	2000	17.6%
2015	300	319	619	2000	23.6%
2016**	304	432	736	1945	27.5%

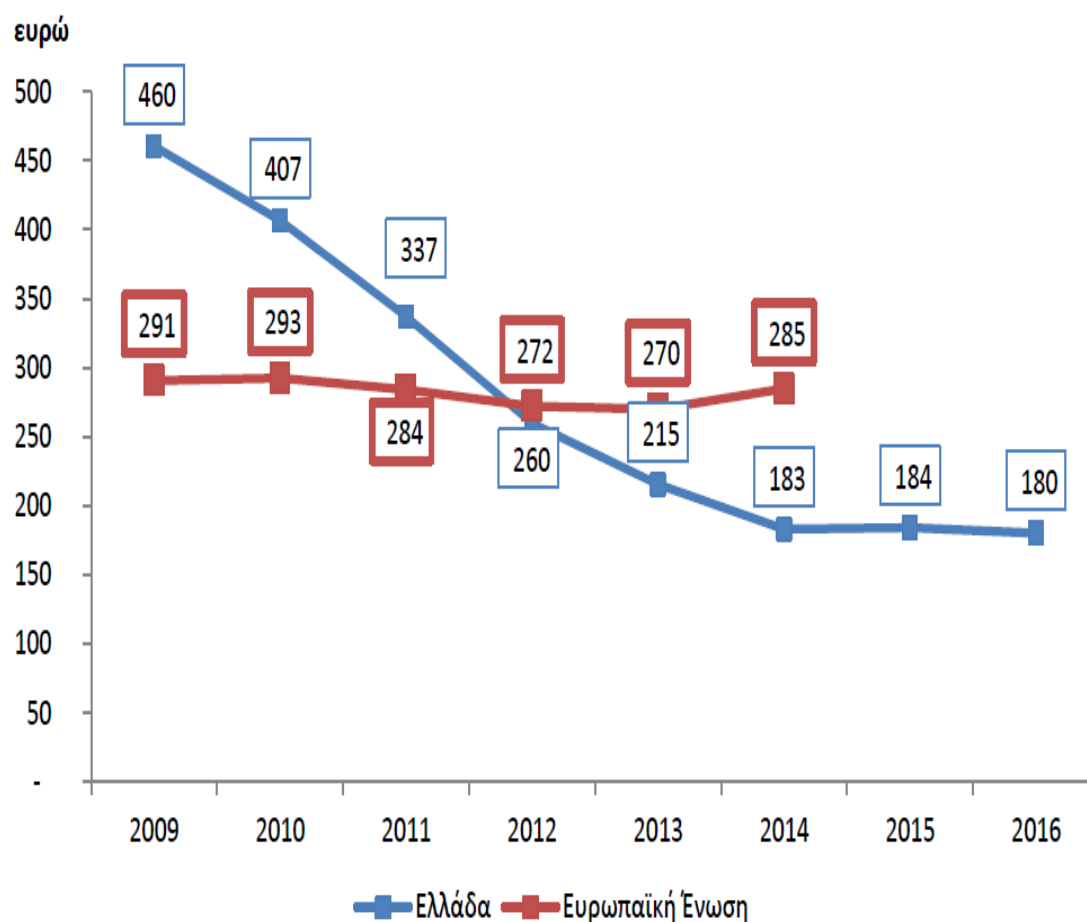
* Δεν συμπεριλαμβάνονται υποχρεωτικές εκπτώσεις, όπως εξομοίωση νοσοκομειακής τιμής (8.74%), υποχρεωτική έκπτωση νοσοκομείων (5%) κ.α.; ** Εκτιμήσεις βάσει σημειώματος ΕΟΠΥΥ για το 1ου εξαμήνου του 2016

Πηγή: ΣΦΕΕ

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 3.18 οι επιστροφές με τις οποίες επιβαρύνονται οι φαρμακευτικές εταιρείες συνεχώς αυξάνονται. Έτσι η συμμετοχή των φαρμακευτικών εταιρειών στη πραγματική δημόσια φαρμακευτική δαπάνη να αυξήθηκε από 8.6% το

2012 σε 27.5% το 2016. Επίσης, η κατά κεφαλή δημόσια φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα ακολουθεί πτωτική πορεία, αφού από 460 ευρώ κατ' άτομο το 2009 μειώθηκε στα 180 ευρώ κατ' άτομο το 2016, μείωση κατά 60.9%.

Συγκριτικά, στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης η μέση κατ' άτομο φαρμακευτική δαπάνη από 291 ευρώ το 2009 διαμορφώθηκε στα 285 ευρώ το 2014.



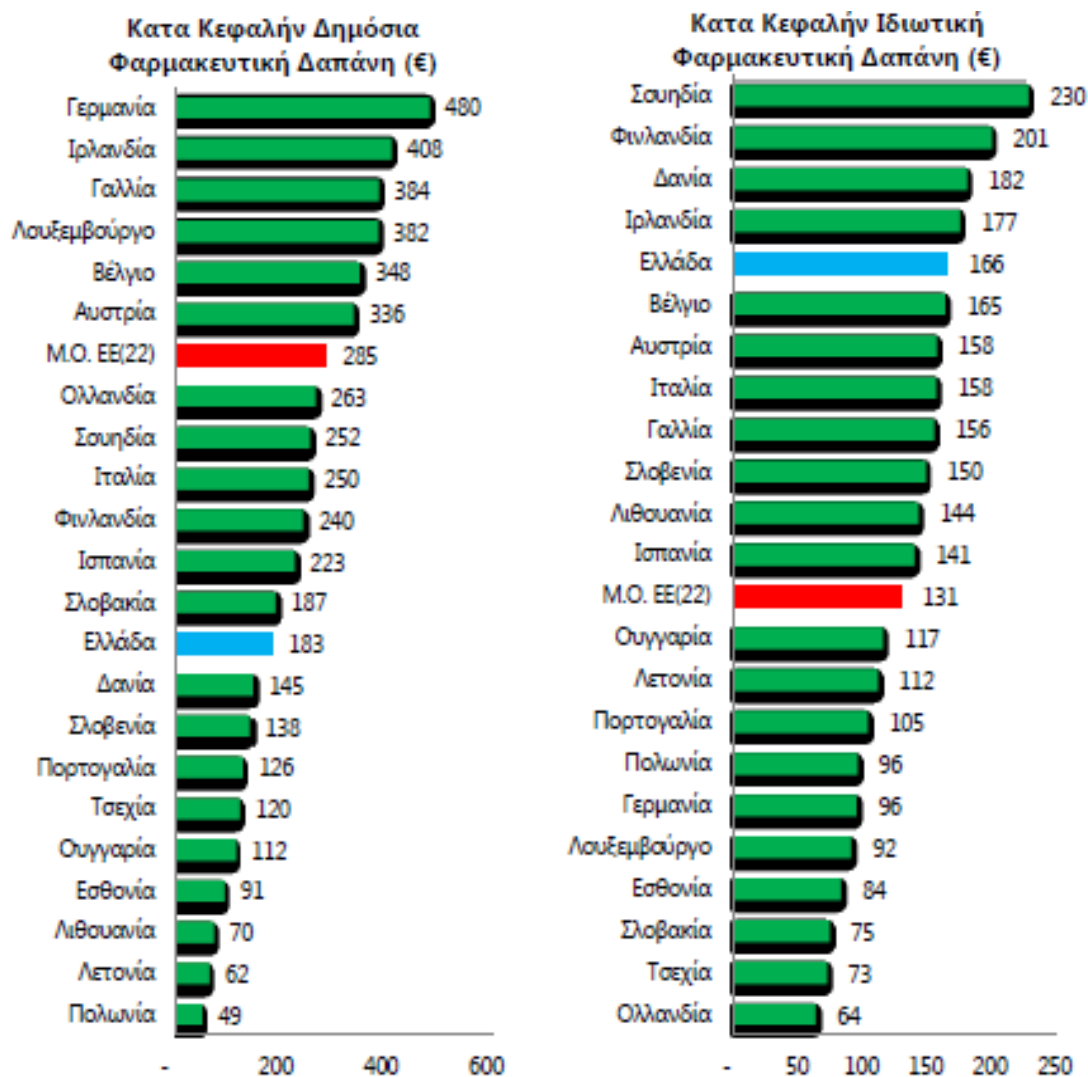
*Τα στοιχεία φαρμακευτικής δαπάνης περιλαμβάνουν την δαπάνη που αποζημιώνεται από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης, δηλαδή μετά τον υπολογισμό των clawback και rebates; **EE-22: (μη διαθέσιμα στοιχεία για Βουλγαρία, Κροατία, Κύπρος, Ρουμανία, Μάλτα, Η. Βασίλειο)

Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ), ΕΟΠΥΥ, Εισηγητική Έκθεση Προϋπολογισμού, Health Data, Eurostat, επεξεργασία στοιχείων IOBE- ΣΦΕΕ

Διάγραμμα 3.15

Καθαρή Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη κατ' άτομο σε Ελλάδα και ΕΕ (σε ευρώ)

Παρατηρούμε, συνεπώς, ότι το 2009 η φαρμακευτική δαπάνη κατ' άτομο στην Ελλάδα σε σύγκριση με την αντίστοιχη δαπάνη στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ήταν αυξημένη κατά 58%, ενώ το 2014 ήταν μειωμένη κατά 35.8%.



*Τα στοιχεία φαρμακευτικής δαπάνης περιλαμβάνουν την δαπάνη που αποζημιώνεται από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης, δηλαδή μετά τον υπολογισμό των clawback και rebates.

Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ), ΕΟΠΥΥ, Εισηγητική Έκθεση Προϋπολογισμού, OECD, Eurostat, επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ, ΣΦΕΕ.

Διάγραμμα 3.16

Δημόσια & Ιδιωτική κατ' άτομο φαρμακευτική δαπάνη (2014)

Αντίθετα, η ιδιωτική κατ' άτομο φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα συνεχώς αυξάνεται, φθάνει στα 166 ευρώ κατ' άτομο, είναι σε υψηλότερη θέση σε σύγκριση με το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και καταλαμβάνει την πέμπτη θέση ανάμεσα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η κρίση στην Ελλάδα, με αποτελέσματα τη σημαντική μείωση των εισοδημάτων και τη σταδιακή αύξηση του ποσοστού ανεργίας σε συνδυασμό με τα φαινόμενα της ανισότητας και του οικονομικού και κοινωνικού αποκλεισμού, προκάλεσαν την

αύξηση του αριθμού των ανασφάλιστων πολιτών σε περίπου 2.5 εκατομμύρια το 2016. Η θέσπιση του δικαιώματος ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας για νοσηλευτική και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε ανασφάλιστους και σε κοινωνικές ομάδες που έχουν πληγεί από την οικονομική κρίση εξίσωσε τα δικαιώματα των ανασφάλιστων με αυτά των ασφαλισμένων, με την κατάργηση του ποσοστού συμμετοχής των ανασφάλιστων στο κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης.

Πίνακας 3.19

Φαρμακευτική δαπάνη ανασφαλιστων

2016	Φαρμακεία ΕΟΠΥΥ	Ιδιωτικά Φαρμακεία	Σύνολο
Μάρτιος	735432.64	1111612.00	1847044.64
Απρίλιος	806764.00	1203273.00	2010037.00
Μάιος	991837.00	1376736.00	2368573.00
Ιούνιος	1845436.38	2411715.00	4257151.38
Ιούλιος	2760057.24	3620252.00	6380309.24
Αύγουστος	3168028.15	3657651.00	6825679.15
Σεπτέμβριος	3362764.83	4106622.00	7469386.83
Οκτώβριος	3168879.02	4303414.82	7472293.84

Πηγή: ΕΟΠΥΥ

Το συνολικό κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης, όπως φαίνεται στον Πίνακα 3.19, από την έναρξη ισχύος του νόμου το Μάρτιο του 2016 ήταν 1.85 εκατομμύρια ευρώ και αυξήθηκε σε 7.47 εκατομμύρια ευρώ τον Οκτώβριο, αύξηση κατά 304.6%.

3.6.3 Φαρμακευτική δαπάνη στις άλλες χώρες

Στους πίνακες 3.20 και 3.21 εμφανίζονται οι φαρμακευτικές δαπάνες των χωρών του ΟΟΣΑ τόσο ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία όσο και κατ' άτομο από το 2008 έως και το 2016.

Πίνακας 3.20

Η συνολική φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ (2008-2016)

%	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Αυστραλία	15.41	15.54	15.63	15.31	15.31	14.99	14.39	-	-

Αυστρία	13.61	12.53	12.37	12.47	12.18	12.22	12.32	12.41	-
Βέλγιο	16.41	15.79	15.68	15.35	14.60	14.27	13.85	14.21	-
Καναδά	17.83	17.82	18.47	18.32	17.88	17.57	17.45	-	-
Τσεχία	20.91	22.14	20.42	20.43	21.50	17.93	17.11	17.32	-
Δανία	8.33	7.61	7.70	7.82	7.39	6.90	6.76	6.76	-
Εσθονία	18.79	19.98	20.46	19.87	20.15	19.33	18.70	18.22	-
Φιλανδία	14.59	14.06	13.51	12.92	12.62	12.47	12.33	12.55	-
Γαλλία	17.04	16.62	16.36	16.07	15.57	14.99	15.01	14.74	-
Γερμανία	15.34	15.21	14.97	14.26	14.10	13.99	14.36	14.31	-
Ελλάδα	-	27.17	28.63	30.74	29.05	27.74	26.70	25.88	-
Ουγγαρία	31.91	32.86	33.27	35.00	32.58	30.29	30.17	29.21	-
Ισλανδία	14.57	15.66	15.81	15.15	14.45	13.53	12.58	12.13	-
Ιρλανδία	15.95	15.13	14.81	14.41	14.09	14.51	14.06	12.97	-
Ισραήλ	13.39	13.97	13.58	13.39	13.21	12.92	-	-	-
Ιταλία	19.18	18.96	18.75	18.54	16.57	16.98	16.94	17.93	17.83
Ιαπωνία	19.90	20.98	20.47	18.91	18.89	18.85	18.80	-	-
Κορέα	26.57	26.12	26.20	25.75	24.81	23.62	22.85	21.43	20.23
Λετονία	21.48	24.35	25.79	26.09	25.52	26.28	26.84	26.76	-
Λιθουανία	26.13	26.66	26.72	26.04	28.94	28.17	27.84	26.78	-
Λουξεμβούργο	10.23	9.86	9.67	8.88	8.56	8.42	8.19	8.60	-
Μεξικό	33.14	32.45	31.50	28.20	28.77	27.35	27.01	27.20	-
Ολλανδία	10.33	9.98	9.82	9.53	8.28	7.76	7.64	7.87	8.02
Νορβηγία	7.95	7.61	7.65	8.00	7.73	7.59	7.49	7.66	7.54
Πολωνία	24.61	24.57	24.33	24.15	22.25	21.70	21.47	20.97	-
Πορτογαλία	21.18	20.15	19.27	18.37	16.64	15.61	15.40	15.50	-
Ρωσία	-	-	-	-	-	-	-	22.94	-
Σλοβακία	30.16	29.43	29.20	28.72	26.54	26.54	27.03	26.87	-
Σλοβενία	19.07	19.75	19.85	19.63	20.25	20.36	18.61	18.33	-
Ισπανία	18.49	18.25	18.19	17.78	17.65	18.68	17.91	18.00	-
Σουηδία	13.65	13.47	13.30	10.24	10.15	9.85	9.82	9.85	-
Ελβετία	10.14	10.13	14.50	14.44	14.31	14.08	13.89	14.01	-
Ηνωμένο Βασίλειο	-	-	-	-	-	12.19	12.05	12.06	-
ΗΠΑ	12.40	12.33	11.94	11.86	11.46	11.38	11.97	12.23	-

*εκτιμώμενη τιμή

Πηγή: OECD

Πίνακας 3.21

Η συνολική φαρμακευτική δαπάνη κατ' άτομο στις χώρες του ΟΟΣΑ
(2008-2016)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Αυστραλία	510.2	553.7	563.9	580.9	582.9	627.4	617.0	-	-
Αυστρία	538.3	517.3	524.1	546.8	570.5	594.1	616.3	632.7	-
Βέλγιο	584.3	605.1	624.0	638.1	629.7	643.0	645.0	679.0	-
Καναδά	679.6	731.1	780.9	778.2	770.5	783.9	785.8	-	-
Τσεχία	370.2	446.1	392.1	410.5	438.9	421.9	418.4	421.7	-

Δανία	327.0	328.1	344.0	354.0	340.3	329.1	331.5	343.5	-
Εσθονία	244.9	268.3	280.2	284.0	305.6	319.4	331.5	343.5	-
Φιλανδία	471.3	472.3	465.1	470.3	476.4	488.8	485.1	501.0	-
Γαλλία	607.2	626.5	633.4	647.8	636.9	649.4	670.0	667.6	-
Γερμανία	603.7	640.8	660.6	654.1	663.8	694.3	746.7	766.0	-
Ελλάδα	-	782.0	772.0	731.2	644.7	603.5	560.4	571.9	-
Ουγγαρία	468.7	492.4	539.9	603.0	561.7	538.0	549.3	558.9	-
Ισλανδία	542.1	582.7	535.0	516.6	508.6	501.7	489.5	497.8	-
Ιρλανδία	643.0	661.3	675.0	651.3	659.9	730.5	714.7	684.3	-
Ισραήλ	256.8	272.3	276.1	286.3	298.8	313.2	-	-	-
Ιταλία	581.5	588.1	588.9	595.5	537.8	549.2	554.2	601.0	604.7
Ιαπωνία	567.7	629.2	656.1	718.3	758.2	793.2	802.7	-	-
Κορέα	442.9	470.7	517.8	527.5	535.7	532.0	548.0	543.2	552.2
Λετονία	234.8	253.1	279.0	287.5	294.0	321.9	351.9	383.9	-
Λιθουανία	340.8	356.2	365.6	386.6	448.7	461.2	485.2	504.4	-
Λουξεμ- βούργο	611.5	630.4	617.4	530.0	548.1	563.8	561.2	586.4	-
Μεξικό	280.7	288.6	287.0	265.8	289.3	284.0	277.2	286.8	-
Ολλανδία	450.4	450.6	455.3	461.9	421.5	411.4	406.5	416.6	432.1
Νορβηγία	390.6	382.6	395.5	436.4	443.6	453.8	459.6	473.8	501.1
Πολωνία	287.1	311.8	329.4	344.0	328.9	342.0	344.9	357.2	-
Πορτογα- λία	527.6	527.5	517.7	469.0	411.5	395.9	400.2	412.9	-
Ρωσία	-	-	-	-	-	-	-	309.9	-
Σλοβακία	497.8	540.5	569.7	550.4	540.0	557.3	542.9	553.3	-
Σλοβενία	443.4	465.1	472.3	483.0	509.6	526.5	492.6	500.6	-
Ισπανία	513.0	532.0	525.0	518.4	512.3	549.3	547.5	572.3	-
Σουηδία	474.9	478.4	470.3	478.7	496.5	499.2	507.5	518.8	-
Ελβετία	518.7	543.5	824.7	873.2	914.4	956.7	986.0	1056.1	-
Ηνωμένο Βασίλειο	-	-	-	-	-	468.5	480.6	497.4	-
ΗΠΑ	917.8	946.9	946.9	965.6	964.2	980.9	1081.4	1162.4	-

*εκτιμώμενη τιμή

Πηγή: OECD

Αναφορικά με τη φαρμακευτική δαπάνη, σαν ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία για τις χώρες της Μεσογείου (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία), παρατηρούμε ότι για την Ισπανία η φαρμακευτική δαπάνη από 18.19% το 2010 μειώθηκε ελάχιστα στο 18% το 2015, ενώ η κατά κεφαλή φαρμακευτική δαπάνη αυξήθηκε από 525 δολάρια κατ' άτομο το 2010 στα 572.3 δολάρια κατ' άτομο το 2015. Στην Ιταλία η φαρμακευτική δαπάνη, σαν ποσοστό της συνολικής δαπάνης για την υγεία, μειώθηκε από 18.75% το 2010 στο 17.93% το 2015. Επίσης, παρατηρούμε μία μικρή αύξηση στην κατά κεφαλή φαρμακευτική δαπάνη από 588.9 δολάρια κατ' άτομο το 2010 στα 601 δολάρια κατ' άτομο το 2015. Στην Πορτογαλία, η οποία βρισκόταν υπό την πίεση των μνημονίων, η φαρμακευτική δαπάνη, ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης για την

υγεία, μειώθηκε από 19.27% το 2010 στο 15.5% το 2015. Ταυτόχρονα, παρατηρείται μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, κατ' άτομο, από 517.7 δολάρια το 2010 στα 412.9 δολάρια το 2015.

Στις χώρες της κεντρικής και βόρειας Ευρώπης (Γερμανία, Λουξεμβούργο, Ελβετία, Γαλλία) παρατηρείται μια μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης, από το 2010 έως το 2015. Στην Γερμανία, στην Γαλλία και στην Ελβετία παρατηρείται μια αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης κατ' άτομο από το 2010 έως το 2015, ενώ στο Λουξεμβούργο παρατηρείται μια μικρή μείωση.

Στις σκανδιναβικές χώρες (Σουηδία, Νορβηγία, Φιλανδία) παρατηρείται μια μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης για την υγεία, με εξαίρεση τη Νορβηγία που παραμένει σταθερή, ενώ η φαρμακευτική δαπάνη κατ' άτομο αυξάνεται από το 2010 έως το 2015.

Για την Ιρλανδία παρατηρούμε μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης για την υγεία στα έτη 2010-2015. Αναφορικά με την κατά κεφαλή φαρμακευτική δαπάνη κατά τα έτη 2010-2012, όπου η Ιρλανδία βρισκόταν σε μνημόνια, παρατηρείται μείωση, ενώ κατά τα έτη 2013-2015, όπου η Ιρλανδία είχε εξέλθει από τα μνημόνια, υπήρξε μια αύξηση.

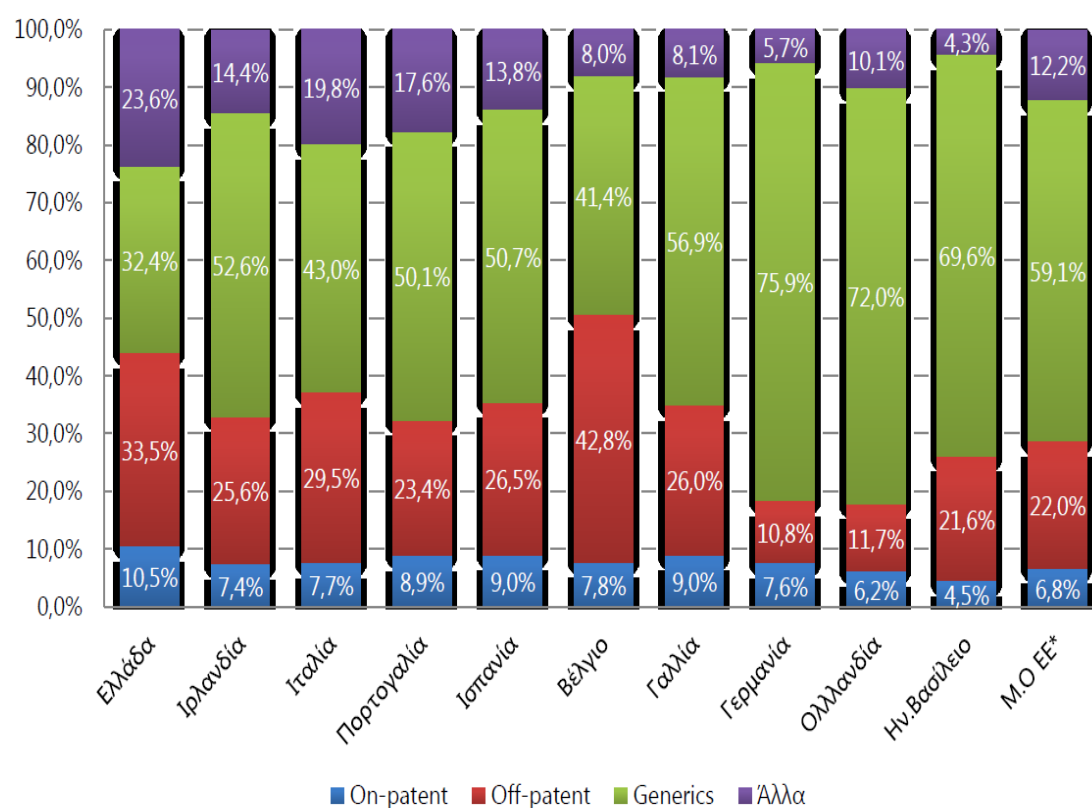
Το συμπέρασμα που προκύπτει από την παραπάνω ανάλυση είναι ότι όταν μια χώρα βρίσκεται σε μνημόνιο παρατηρείται μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης ως προς τη συνολική δαπάνη και ταυτόχρονα μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης κατ' άτομο.

Στην Ελλάδα, κατά τα χρόνια της κρίσης και συγκεκριμένα από το 2012 μέχρι και σήμερα, παρατηρείται μια συνεχής διαχρονική μείωση της καθαρής κατά κεφαλή δημόσιας κρατικής δαπάνης, ενώ στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρατηρείται μια σταθερότητα με ελάχιστη ανοδική τάση. Αναλυτικότερα, υψηλότερη κατά κεφαλή δημόσια δαπάνη καταγράφεται στην Γερμανία, στην Ιρλανδία, στην Γαλλία και στο Λουξεμβούργο και είναι αρκετά υψηλότερη του μέσου όρου των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Αναφορικά με την κατά κεφαλή ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη, ενώ στην Ελλάδα η δαπάνη αυτή είναι αισθητά μεγαλύτερη του μέσου όρου των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στην Γερμανία και στο Λουξεμβούργο η αντίστοιχη δαπάνη είναι κάτω από το μέσο όρο. Η Ιρλανδία έχει την ίδια κατά κεφαλή δαπάνη με την Ελλάδα, ενώ η Γαλλία είναι λίγο πάνω από το μέσο όρο.

3.6.4 Διείσδυση φαρμακευτικών προϊόντων και τιμολόγηση

Τα φαρμακευτικά προϊόντα που κυκλοφορούν στην αγορά διακρίνονται με το κριτήριο της προστασίας από διπλώματα ευρεσιτεχνίας. Αυτά τα οποία προστατεύονται με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας λέγονται προϊόντα πατέντας (*patent*), τα οποία διακρίνονται σε αυτά που η πατέντα τους είναι ακόμη σε ισχύ (*on-patent*) και σ' αυτά που δεν είναι ακόμα σε ισχύ (*off-patent*). Τα εκτός πατέντας προϊόντα διακρίνονται σε γενόσημα (*generics*), τα οποία είναι αντίγραφα των πρωτότυπων και σε άλλα, τα οποία δεν είναι αντίγραφα.



* Συμπεριλαμβάνονται μόνο στοιχεία λιανικών πωλήσεων για όλες τις χώρες

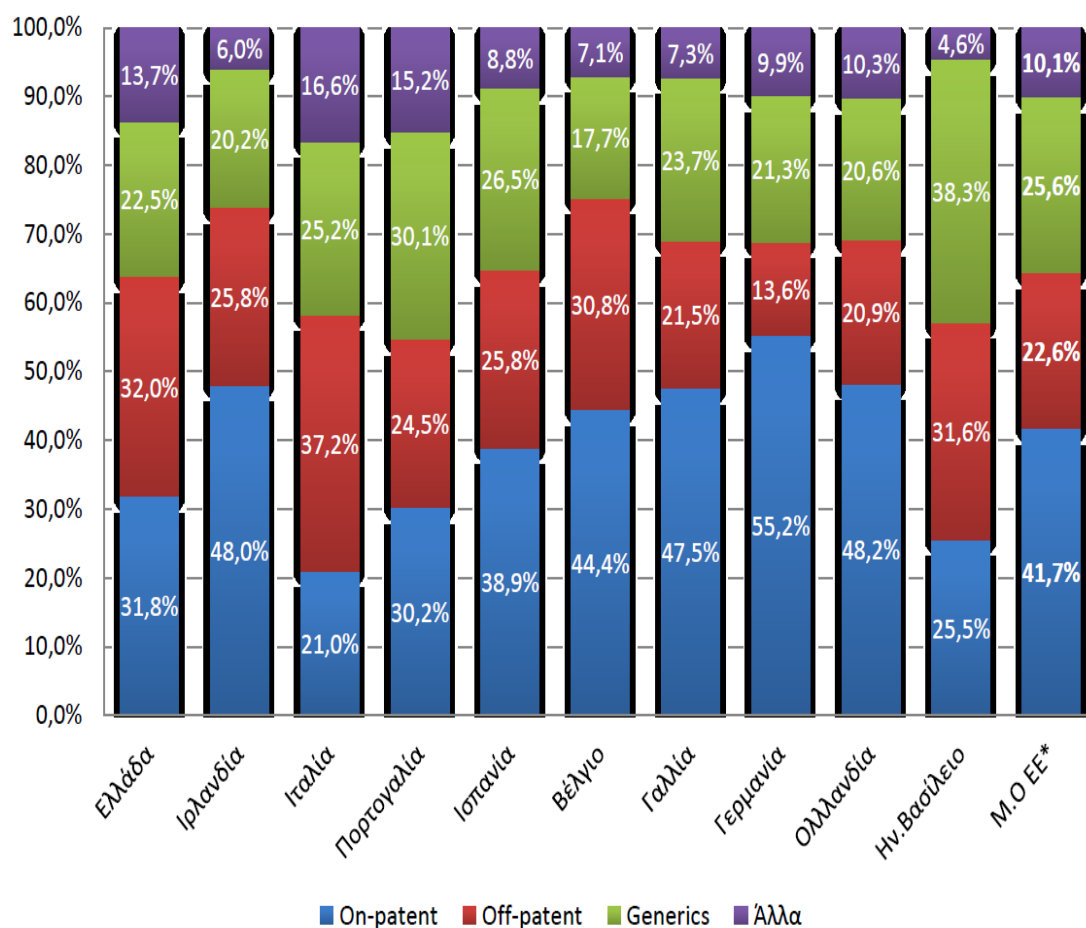
Πηγή: IMS, MIDAS

Διάγραμμα 3.17

Ποσοστό διείσδυσης φαρμακευτικών προϊόντων σε όγκο (ανά μονάδα) με βάση το καθεστώς προστασίας στις χώρες της Ευρώπης (2016)

Στο Διάγραμμα 3.17 παρουσιάζεται το ποσοστό διείσδυσης των φαρμακευτικών προϊόντων με βάση το καθεστώς προστασίας στις χώρες της Ευρώπης σε ποσοστά για το 2016. Παρατηρούμε ότι η Ελλάδα υπερτερεί σε ποσοστό των προϊόντων *on-patent*

σε σύγκριση με τις λοιπές χώρες. Το ποσοστό αυτό στην Ελλάδα είναι 10.5% μεγαλύτερο από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπου είναι 6.8%. Το ποσοστό των *off-patent* φαρμακευτικών προϊόντων είναι επίσης μεγαλύτερο σε σύγκριση με τις άλλες χώρες, με εξαίρεση το Βέλγιο. Το ποσοστό αυτό στην Ελλάδα είναι 33.5%, ενώ ο μέσος όρος της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι 22%. Αντίθετα, το ποσοστό των γενοσήμων στην Ελλάδα είναι μικρότερο σε σύγκριση με τις λοιπές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Συγκεκριμένα, το ποσοστό αυτό για την Ελλάδα είναι 32.4%, ενώ ο μέσος όρος της Ευρωπαϊκής Ένωσης 59.1%. Τα άλλα φαρμακευτικά προϊόντα αποτελούν το 23.6% στην Ελλάδα, ενώ ο μέσος όρος της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι 12.2%.



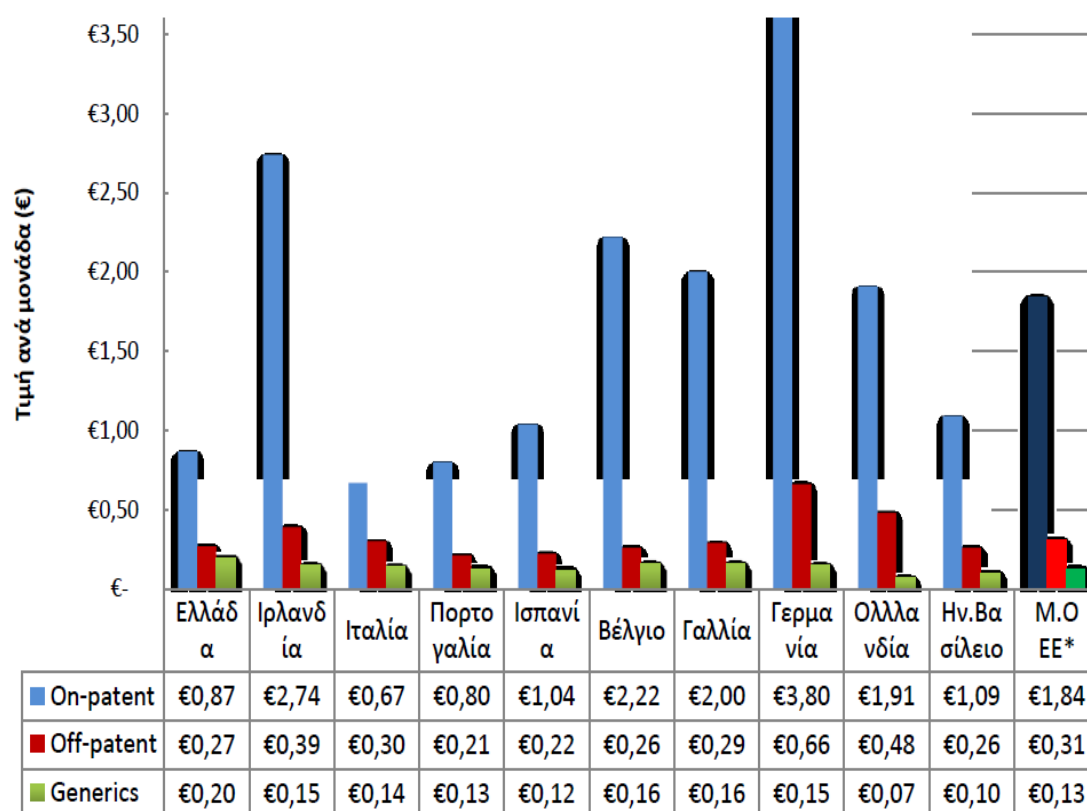
*Ο μέσος όρος ΕΕ αποτελείται από τα διαθέσιμα στοιχεία 18 χωρών: Ελλάδα, Ιρλανδία, Ιταλία, Πορτογαλία, Ισπανία, Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ολλανδία, Ην. Βασίλειο, Φινλανδία, Νορβηγία, Σουηδία, Αυστρία, Τσεχία, Ουγγαρία Πολωνία και Σλοβακία. ** Συμπεριλαμβάνονται μόνο στοιχεία λιανικών πωλήσεων για όλες τις χώρες.

Πηγή: IMS, MIDAS

Διάγραμμα 3.18

Ποσοστό διείσδυσης φαρμακευτικών προϊόντων με βάση το καθεστώς προστασίας σε αξία στις χώρες της Ευρώπης (2016)

Στο Διάγραμμα 3.18, όπου παρουσιάζεται το ποσοστό διείσδυσης των φαρμακευτικών προϊόντων, με βάση το καθεστώς προστασίας σε αξία στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης το 2016, παρατηρούμε ότι η αξία των *on-patent* φαρμακευτικών προϊόντων στην Ελλάδα (31.9%) είναι χαμηλότερη από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (41.7%). Η αξία των *off-patent* φαρμακευτικών προϊόντων στην Ελλάδα είναι 32%, μεγαλύτερη από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης που είναι 22.6%. Η αξία των γενοσήμων στην Ελλάδα είναι περίπου η ίδια με αυτή του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης.



*Ο μέσος όρος ΕΕ αποτελείται από τα διαθέσιμα στοιχεία 18 χωρών: Ελλάδα, Ιρλανδία, Ιταλία, Πορτογαλία, Ισπανία, Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ολλανδία, Ην. Βασίλειο, Φινλανδία, Νορβηγία, Σουηδία, Αυστρία, Τσεχία, Ουγγαρία Πολωνία και Σλοβακία.

** 1 Συμπεριλαμβάνονται μόνο στοιχεία λιανικών πωλήσεων για όλες τις χώρες.

Πηγή: IMS

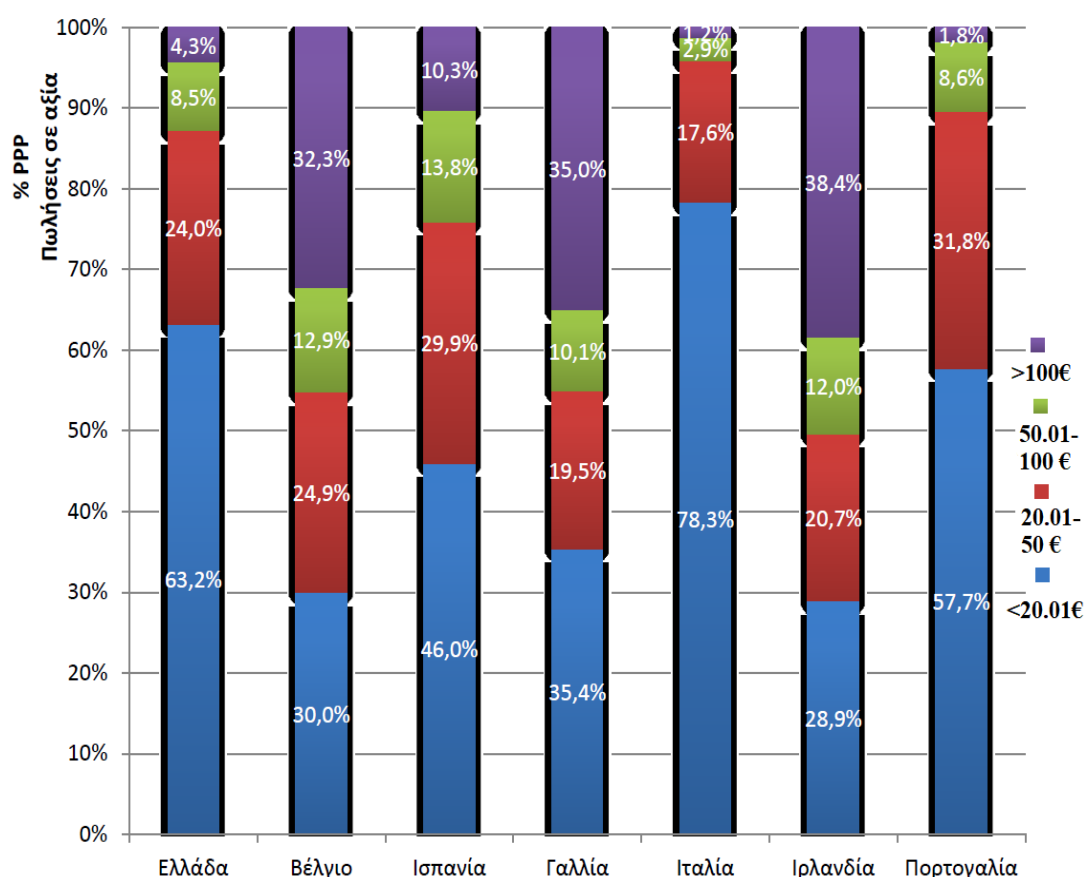
Διάγραμμα 3.19

Τιμολόγηση στις χώρες της Ευρώπης ανά μονάδα σε ευρώ (2016)

Η τιμή ενός *on-patent* φαρμακευτικού προϊόντος στην Ελλάδα καθορίζεται με βάση το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ενώ η τιμή ενός *off-patent* φαρμακευτικού προϊόντος προσδιορίζεται όπως του *on-patent* προϊόντος,

αλλά δεν μπορεί να ξεπερνά το 50% της τελευταίας τιμής υπό προστασία που είχε τη στιγμή κυκλοφορίας του πρώτου γενοσήμου τους, δηλαδή της τελευταίας τιμής που είχε υπό προστασία. Η τιμή του γενοσήμου προκύπτει με βάση την τελική τιμή του αντίστοιχου *off-patent* και δεν μπορεί να ξεπερνά το 65% της τιμής του *off-patent*. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο οι τιμές των *on-patent* και *off-patent* φαρμακευτικών προϊόντων είναι χαμηλότερες σε σύγκριση με το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Στο Διάγραμμα 3.19 παρατηρούμε ότι στην Ελλάδα η τιμή του *on-patent* ανά μονάδα είναι 0.87 ευρώ και του *off-patent* είναι 0.27 ευρώ, ενώ οι αντίστοιχες τιμές του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι 1.84 ευρώ και 0.31 ευρώ. Αντίθετα, η τιμή ανά μονάδα των γενοσήμων στην Ελλάδα είναι μεγαλύτερη τόσο από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης όσο και από την αντίστοιχη τιμή της κάθε χώρας της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

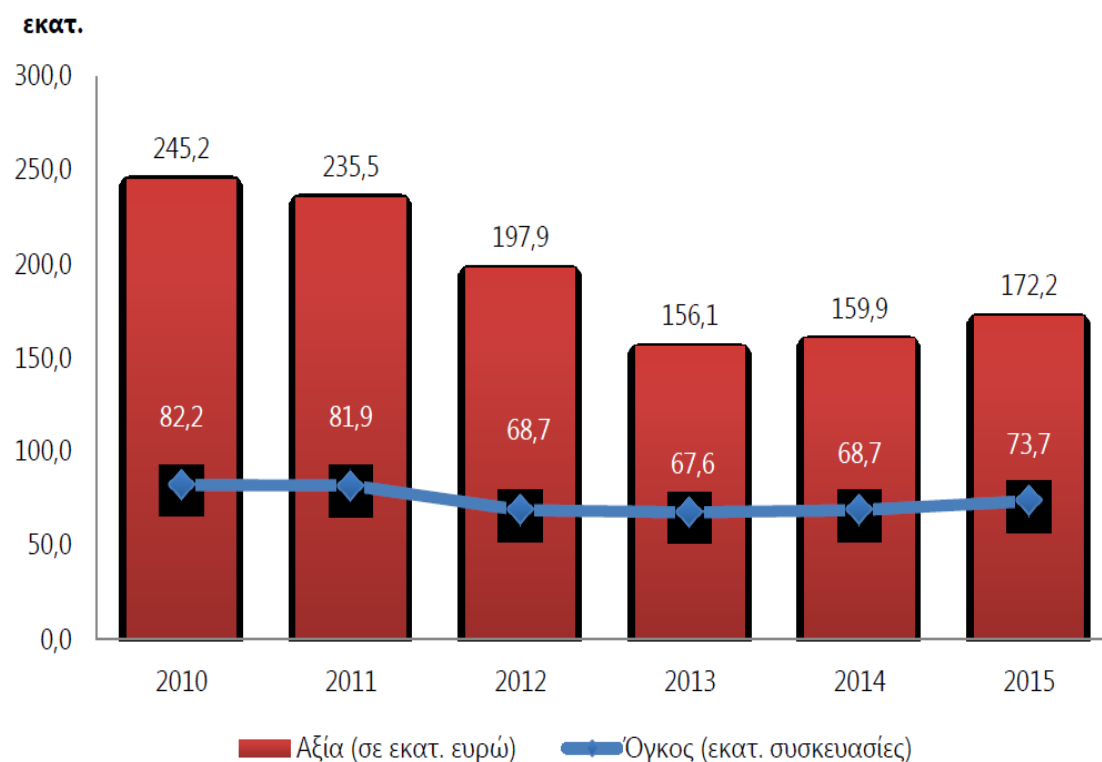


Πηγή: IMS, MIDAS

Διάγραμμα 3.20

Κατανομή πωλήσεων βάσει τιμής για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα σε αξία PPP (2016)

Με βάση το Διάγραμμα 3.20 τα συνταγογραφούμενα φάρμακα στην Ελλάδα με χονδρική τιμή έως 20 ευρώ καταλαμβάνουν το μεγαλύτερο μέρος της αγοράς με ποσοστό 63.2%, ενώ μόλις το 4.3% έχει τιμή μεγαλύτερη των 100 ευρώ. Τα αντίστοιχα ποσοστά στην Πορτογαλία είναι 57.7% και 1.8%, ενώ στην Ιταλία είναι 78.3% και 1.2%.



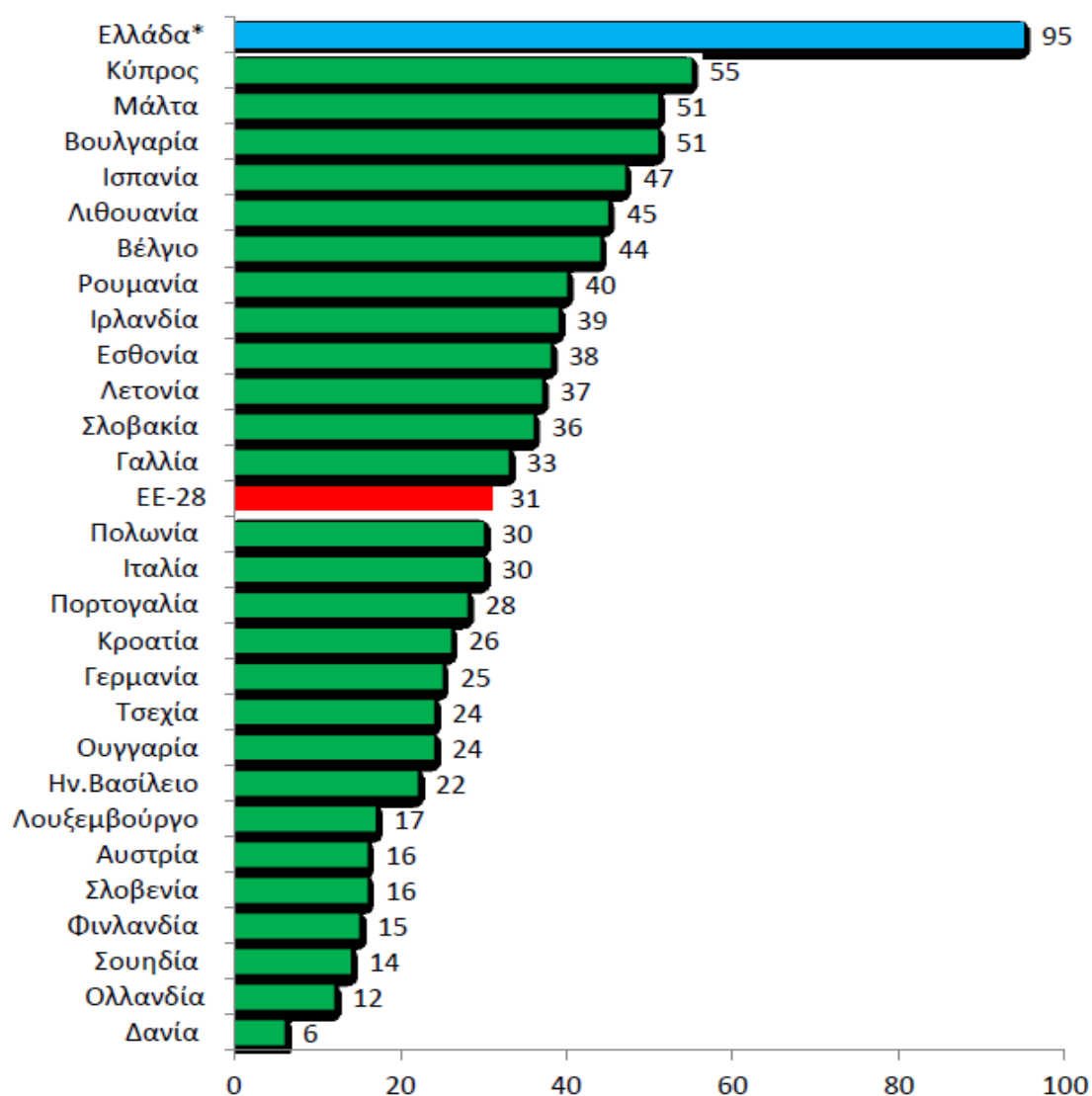
Πηγή: ΕΦΕΧ

Διάγραμμα 3.21
Πωλήσεις ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ σε αξία και σε όγκο (2010-2015)

Στο Διάγραμμα 3.21 παρατηρούμε ότι οι πωλήσεις σε αξία των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων στην Ελλάδα από το 2010 έως και το 2013 παρουσιάζουν μείωση, ενώ το 2014 και το 2015 παρουσιάζουν και πάλι αύξηση. Η μείωση των πωλήσεων σε αξία από το 2010 έως το 2013 σε ποσοστιαία βάση κυμάνθηκε στο 36.34%. Οι πωλήσεις των ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ. σε όγκο παρουσιάζουν ανάλογη πορεία με τις πωλήσεις σε αξία. Το 2010 ο όγκος ήταν 82.2 εκατομμύρια συσκευασίες και μειώθηκε σε 67.6 εκατομμύρια συσκευασίες το 2013, ενώ το 2014 και το 2015 αυξάνεται.

3.6.5 Φαρμακεία, φαρμακαποθήκες και φαρμακευτική βιομηχανία

Οι παραγωγοί φαρμακευτικών προϊόντων αποτελούν ένα από τους πλέον δυναμικούς κλάδους της ελληνικής βιομηχανίας, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που ασχολούνται με τη διάθεση των προϊόντων αυτών. Κατά το 2015, 13.1 χιλιάδες εργαζόμενοι απασχολήθηκαν στο κλάδο παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων και σκευασμάτων, συμβάλλοντας θετικά στην απασχόληση και στην ανάπτυξη της ελληνικής οικονομίας.



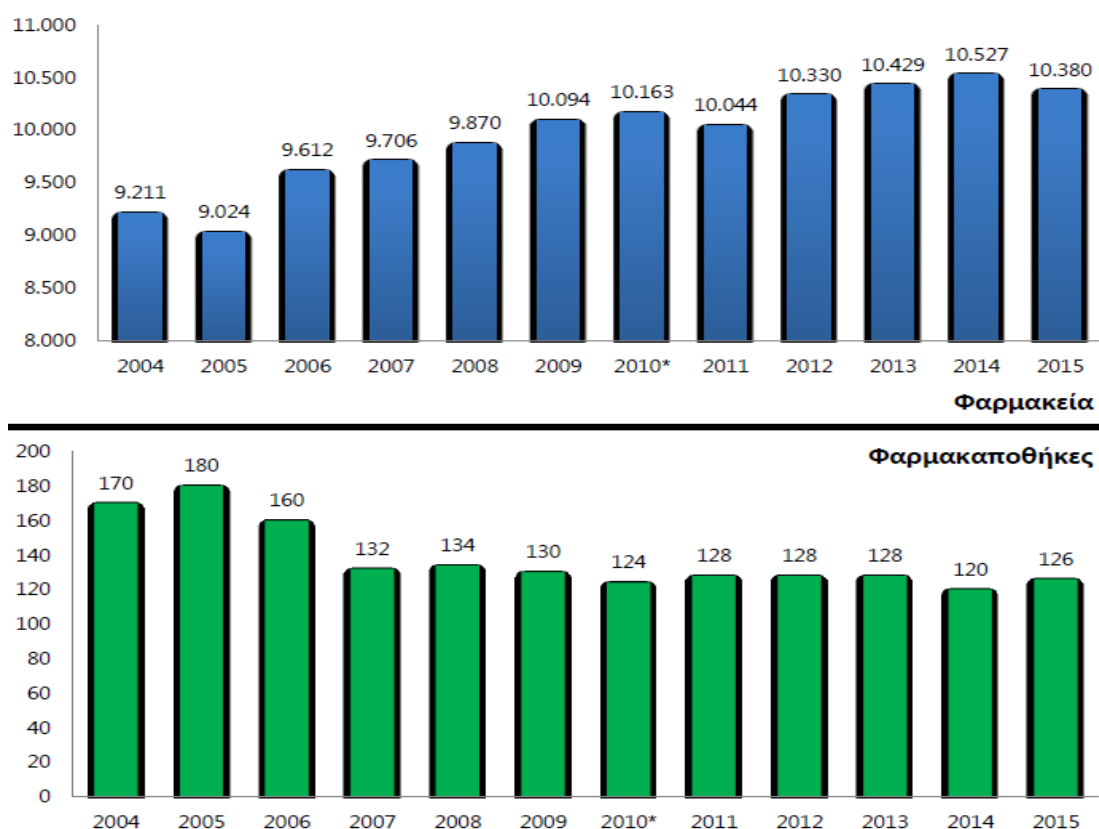
Πηγή: ABDA, German Pharmacies, Figures Data Facts, ΕΛ.ΣΤΑΤ.

Διάγραμμα 3.22

**Αριθμός φαρμακείων ανά εκατό χιλιάδες κάτοικους
στα 28 κράτη μέλη της ΕΕ (2015)**

Για τη τελική διάθεση των φαρμάκων στο αγοραστικό κοινό συμβάλλουν οι παραγωγικές και εμπορικές φαρμακευτικές επιχειρήσεις, καθώς και η αλυσίδα αποθήκευσης, διακίνησης και διάθεσης των φαρμακευτικών προϊόντων. Η αλυσίδα αποτελείται από φαρμακευτική επιχείρηση - φαρμακαποθήκη - φαρμακείο - κοινό. Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, του ΕΟΠΥΥ και του Πανελληνίου Συνδέσμου Φαρμακαποθηκάρων το 2015 δραστηριοποιούνται στην Ελλάδα 106 παραγωγοί και εισαγωγείς φαρμάκων και 126 φαρμακαποθήκες (100 φαρμακαποθήκες και 26 συνεταιρισμοί φαρμακοποιών). Ο αριθμός των ιδιωτικών φαρμακείων ανέρχεται σε 10.380, ενώ τα φαρμακεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ανέρχονται σε 29.

Σύμφωνα με το Διάγραμμα 3.22 ο αριθμός των φαρμακείων, ανά εκατό χιλιάδες κατοίκους στην Ελλάδα, κατά το 2015 ήταν 95. Ο αριθμός αυτός είναι κατά πολύ μεγαλύτερος του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ο οποίος είναι 31, και σχεδόν διπλάσιος, σε σύγκριση με τη δεύτερη κατά σειρά χώρα που είναι η Κύπρος (55) φαρμακεία, ανά εκατό χιλιάδες κατοίκους.



* Προσωρινά στοιχεία

Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ.

Διάγραμμα 3.23

Αριθμός φαρμακείων και φαρμακαποθηκών στην Ελλάδα (2004-2015)

Στο Διάγραμμα 3.23 παρατηρούμε ότι ο αριθμός των φαρμακείων από το 2005 έως και το 2014 παρουσιάζει μια διαχρονική αύξηση, αφού από 9024 φαρμακεία το 2005 αυξήθηκαν σε 10527 φαρμακεία το 2014. Το 2015 παρατηρείται μια μικρή μείωση του αριθμού σε 10380 φαρμακεία, μείωση κατά 1.4%. Επίσης, παρατηρούμε μια διαχρονική μείωση του αριθμού των φαρμακαποθηκών από το 2005 έως και το 2014 αφού από 180 φαρμακαποθήκες μειώθηκαν σε 120 φαρμακαποθήκες, μείωση κατά το ένα τρίτο(33.33%).

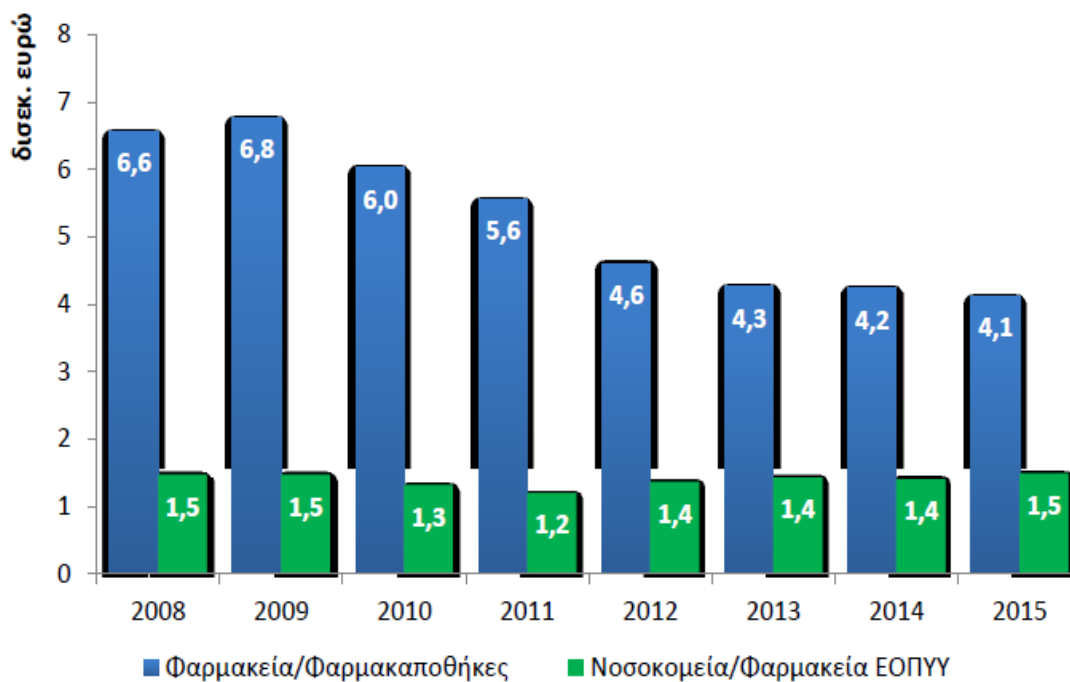
Ο πολύ μεγάλος αριθμός φαρμακείων ανά εκατό χιλιάδες κατοίκους στην Ελλάδα και ο πολύ μικρός αριθμός, συγκριτικά στις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και περισσότερο στις πλέον ανεπτυγμένες, αποδεικνύει ότι τα φαρμακεία στις χώρες αυτές αντιμετωπίζονται και λειτουργούν σαν επιχειρήσεις και αυτό οφείλεται στην εδώ και αρκετά χρόνια απελευθέρωση του επαγγέλματος του φαρμακοποιού. Παρά τη διαχρονική αύξηση και τον αυξημένο αριθμό των φαρμακείων στην Ελλάδα, από το 2005 έως και το 2014 ο αριθμός των φαρμακαποθηκών κατά τα έτη αυτά, διαχρονικά, συνεχώς μειώνεται. Η αισθητή αυτή μείωση οφείλεται στην κρίση κατά τα έτη αυτά, η οποία επηρέασε αρνητικά και σε μεγαλύτερο βαθμό τις φαρμακαποθήκες, σε σύγκριση με τα φαρμακεία, αφού επηρεάστηκε η επιχειρηματική δραστηριότητα των φαρμακαποθηκών.

3.6.6 Πωλήσεις φαρμάκων στην Ελλάδα

Στο Διάγραμμα 3.24 παρατηρείται μια διαχρονική μείωση των πωλήσεων στα φάρμακα σε φαρμακεία και σε φαρμακαποθήκες στην Ελλάδα από το 2009 έως και το 2015.

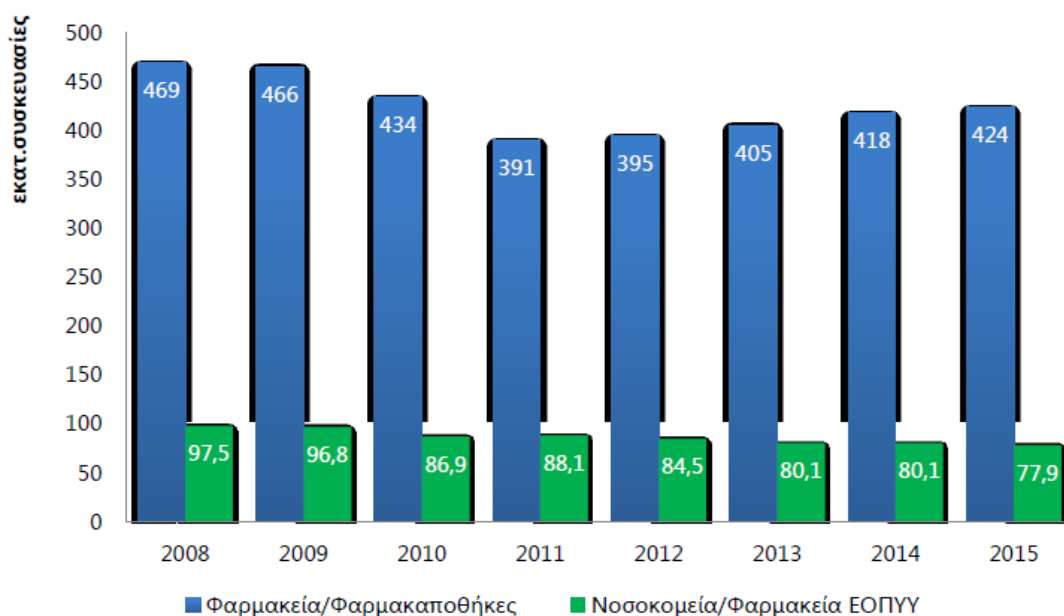
Συγκεκριμένα το 2009 οι πωλήσεις φαρμάκων σε αξία ήταν 6.8 δισεκατομμύρια ευρώ και μειώθηκαν σε 4.1 δισεκατομμύρια ευρώ το 2015, μείωση κατά 39.7%. Αντίθετα, οι πωλήσεις των φαρμάκων σε αξία στα νοσοκομεία και στα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ, διαχρονικά, παραμένουν σταθερές.

Στο Διάγραμμα 3.25 παρατηρείται μείωση των πωληθέντων φαρμάκων σε όγκο σε φαρμακεία και φαρμακαποθήκες, από 469 εκατομμύρια συσκευασίες το 2008 σε 391 εκατομμύρια συσκευασίες το 2011 και κατόπιν αύξηση σε 424 εκατομμύρια συσκευασίες το 2015.



Πηγή: ΕΟΦ

Διάγραμμα 3.24
Πωλήσεις φαρμάκων σε αξία στην Ελλάδα (2008-2015)
(σε δισεκατομμύρια ευρώ)



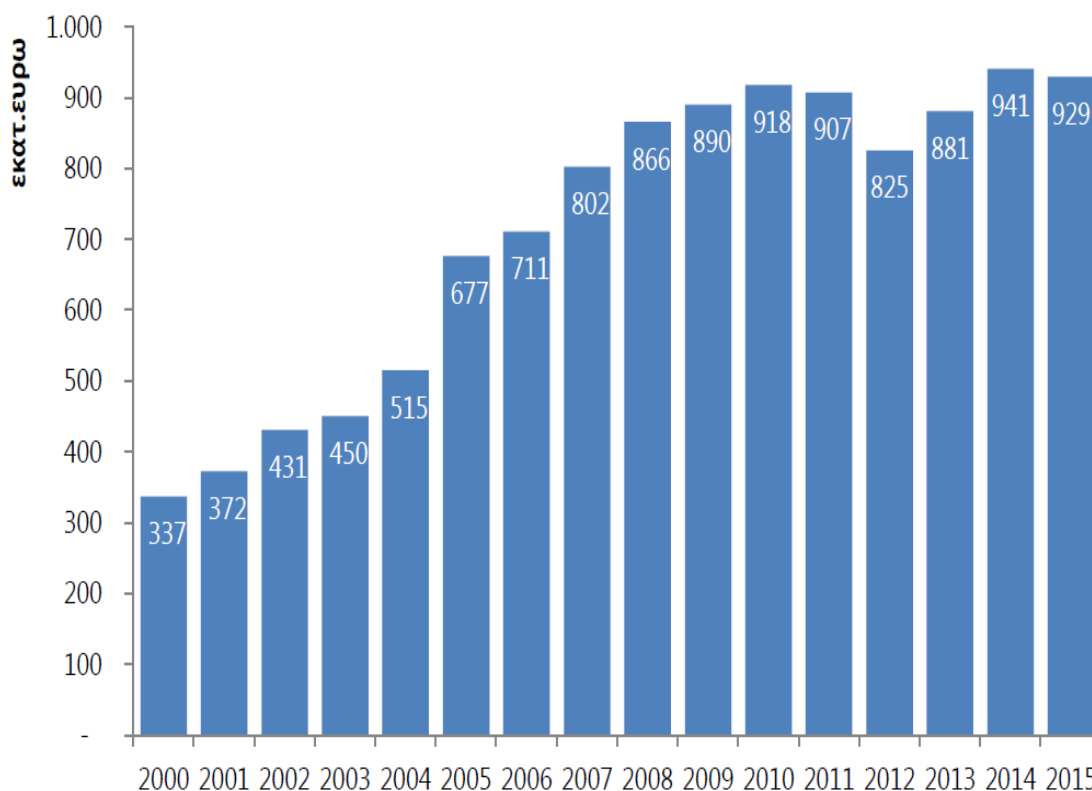
Πηγή: ΕΟΦ

Διάγραμμα 3.25
Πωλήσεις φαρμάκων σε όγκο στην Ελλάδα (2008-2015)
(σε εκατομμύρια συσκευασιών)

Οι πωλήσεις σε όγκο σε νοσοκομεία και σε φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ παρουσιάζουν μια διαχρονική μείωση από 97.8 εκατομμύρια συσκευασίες το 2008 σε 77.9 εκατομμύρια συσκευασίες το 2015, μείωση κατά 20.1%.

3.6.7 Κλάδος παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων, απασχόληση και εμπορικό ισοζύγιο

Σύμφωνα με την έρευνα της *Eurostat*, όπως παρατηρούμε στο Διάγραμμα 3.26, υπάρχει μια διαχρονική αύξηση της παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων στην Ελλάδα από το 2000 έως και το 2015.

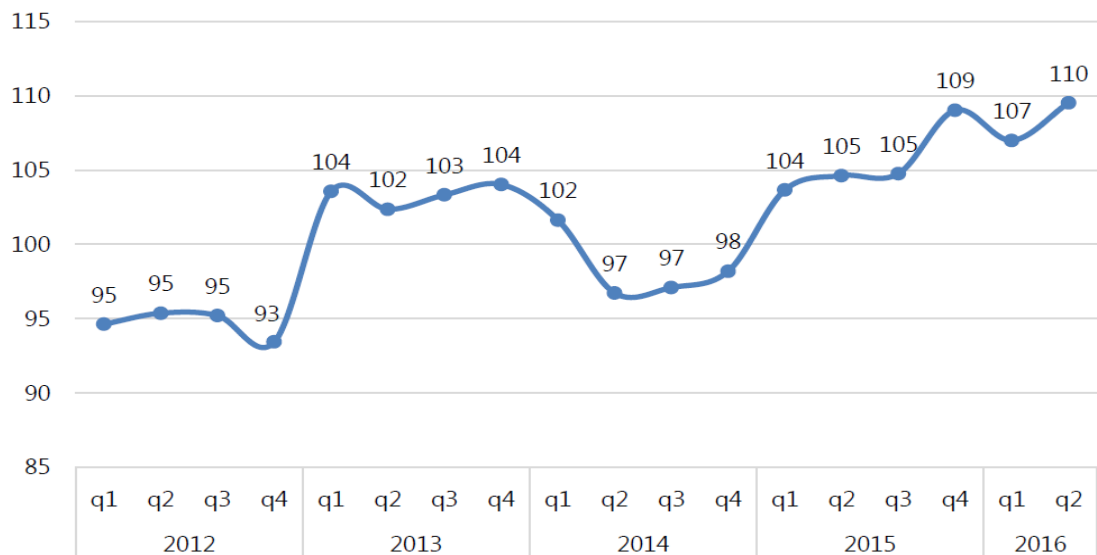


Πηγή: Eurostat, Βάση Δεδομένων PRODCOM

Διάγραμμα 3.26

Εξέλιξη εγχώριας παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων (2000-2015) (σε εκατομμύρια ευρώ)

Το 2000 η εγχώρια παραγωγή φαρμακευτικών προϊόντων σε αξία ήταν 337 εκατομμύρια ευρώ ενώ αυξήθηκε σε 929 εκατομμύρια ευρώ το 2015.

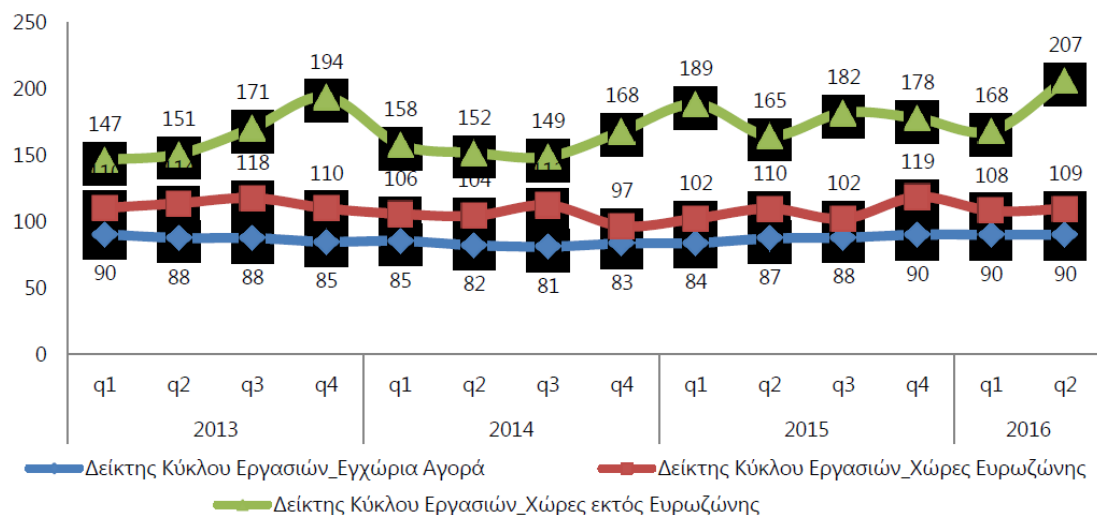


Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., Εποχικά διορθωμένα στοιχεία με εργάσιμες ημέρες

Διάγραμμα 3.27

**Δείκτης βιομηχανικής παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων στην Ελλάδα
(2010=100)**

Στο Διάγραμμα 3.27 παρουσιάζεται ο δείκτης βιομηχανικής παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων στην Ελλάδα με έτος βάσης το 2010 (=100). Παρατηρούμε ότι η παραγωγή εμφανίζεται μειωμένη σε όλα τα τρίμηνα του 2012, αύξηση το 2013, μείωση το 2014 και αύξηση το 2015 και τα δύο πρώτα τρίμηνα του 2016.

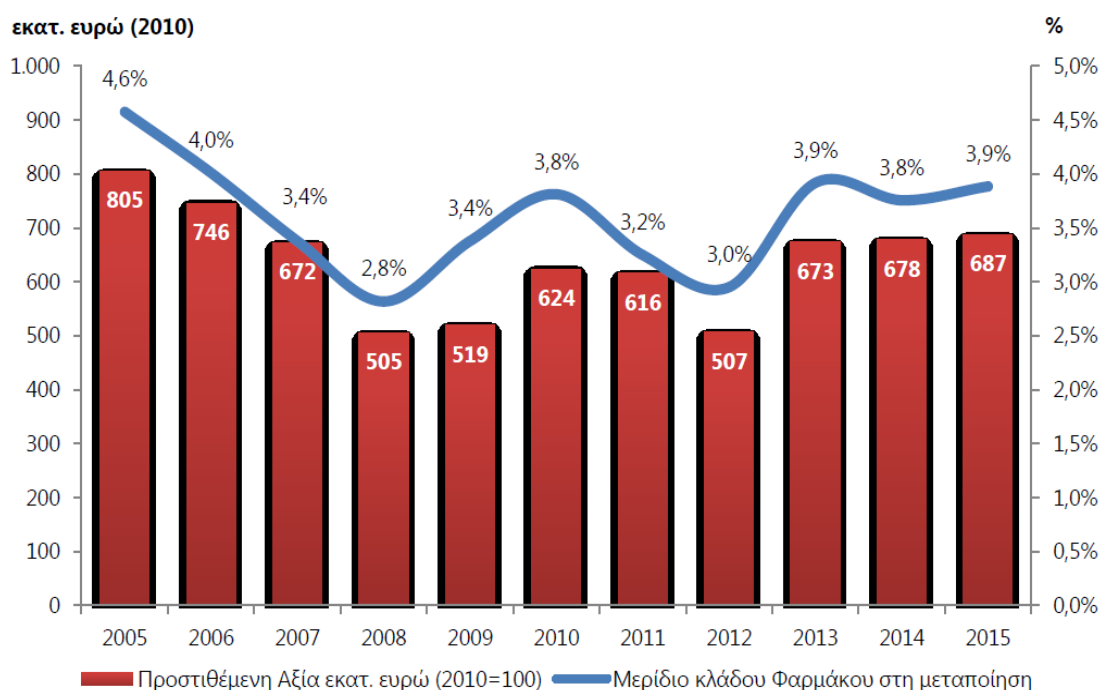


Πηγή: Eurostat, Εποχικά διορθωμένα στοιχεία με εργάσιμες ημέρες

Διάγραμμα 3.28

**Δείκτες Κύκλου Εργασιών στη Βιομηχανία Παραγωγής Φαρμάκου στην Ελλάδα
(2010=100)**

Στο Διάγραμμα 3.28 παρουσιάζεται η εξέλιξη του κύκλου εργασιών στην βιομηχανία φαρμάκων στην Ελλάδα, με βάση το έτος 2010 (=100), που επιμερίζεται στον κύκλο εργασιών που δημιουργείται στην εγχώρια και στις εξαγωγές τόσο στις χώρες της Ευρωζώνης όσο και στις χώρες εκτός Ευρωζώνης. Παρατηρούμε ότι ο κύκλος εργασιών στην εγχώρια αγορά για τα έτη 2013 έως και 2016 (τα δύο πρώτα τρίμηνα) παραμένει κάτω από το έτος βάσης. Ο κύκλος εργασιών για εξαγωγές προς τις χώρες της Ευρωζώνης παραμένει για τα έτη αυτά ελάχιστα υψηλότερος σε σύγκριση με το έτος βάσης. Ο κύκλος εργασιών για εξαγωγές εκτός Ευρωζώνης παραμένει για τα έτη αυτά αισθητά υψηλός σε σύγκριση με το έτος βάσης. Για παράδειγμα, ο δείκτης αυτός στο δεύτερο τρίμηνο του 2016 έφθασε το 207.



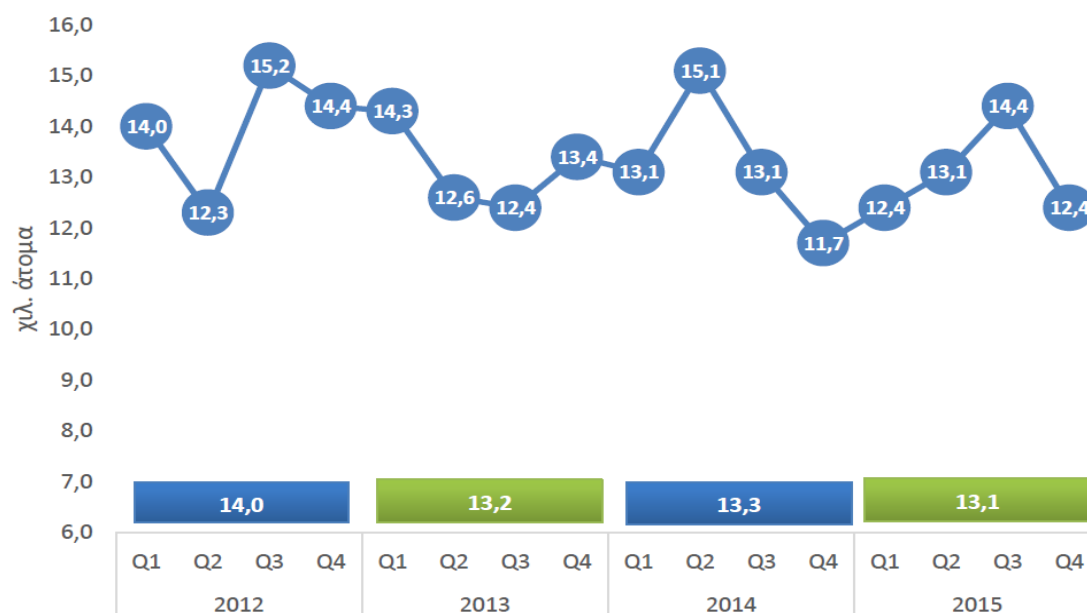
Πηγή: Eurostat, επεξεργασία IOBE

Διάγραμμα 3.29

Προστιθέμενη Αξία Κλάδου Παραγωγής Φαρμάκων στην Ελλάδα (2005-2015)

Στο Διάγραμμα 3.29 καταγράφεται η εξέλιξη της προστιθέμενης αξίας του κλάδου παραγωγής φαρμάκων με έτος βάση το 2010. Παρατηρούμε ότι κατά τα έτη 2005 έως και 2008 έχουμε μείωση στην προστιθέμενη αξία, καθώς επίσης μείωση για τα έτη 2011 και 2012. Κατά τα έτη 2013 έως και 2015 παρατηρείται αύξηση. Η προστιθέμενη αξία στον κλάδο παραγωγής φαρμάκων από 624 εκατομμύρια το 2010 αυξήθηκε σε 687 εκατομμύρια το 2015.

Το μερίδιο του κλάδου φαρμάκου στη μεταποίηση είχε διακυμάνσεις από το 2005 έως και το 2012. Από το 2013 έως και το 2015 παρατηρείται αύξηση του μεριδίου αυτού, οπότε ο κλάδος παραγωγής φαρμάκων στην Ελλάδα κατέχει την όγδοη θέση μεταξύ των κλάδων μεταποίησης με ποσοστό μεριδίου 3.9%.



Πηγή: Eurostat, Labour Force Survey, επεξεργασία IOBE

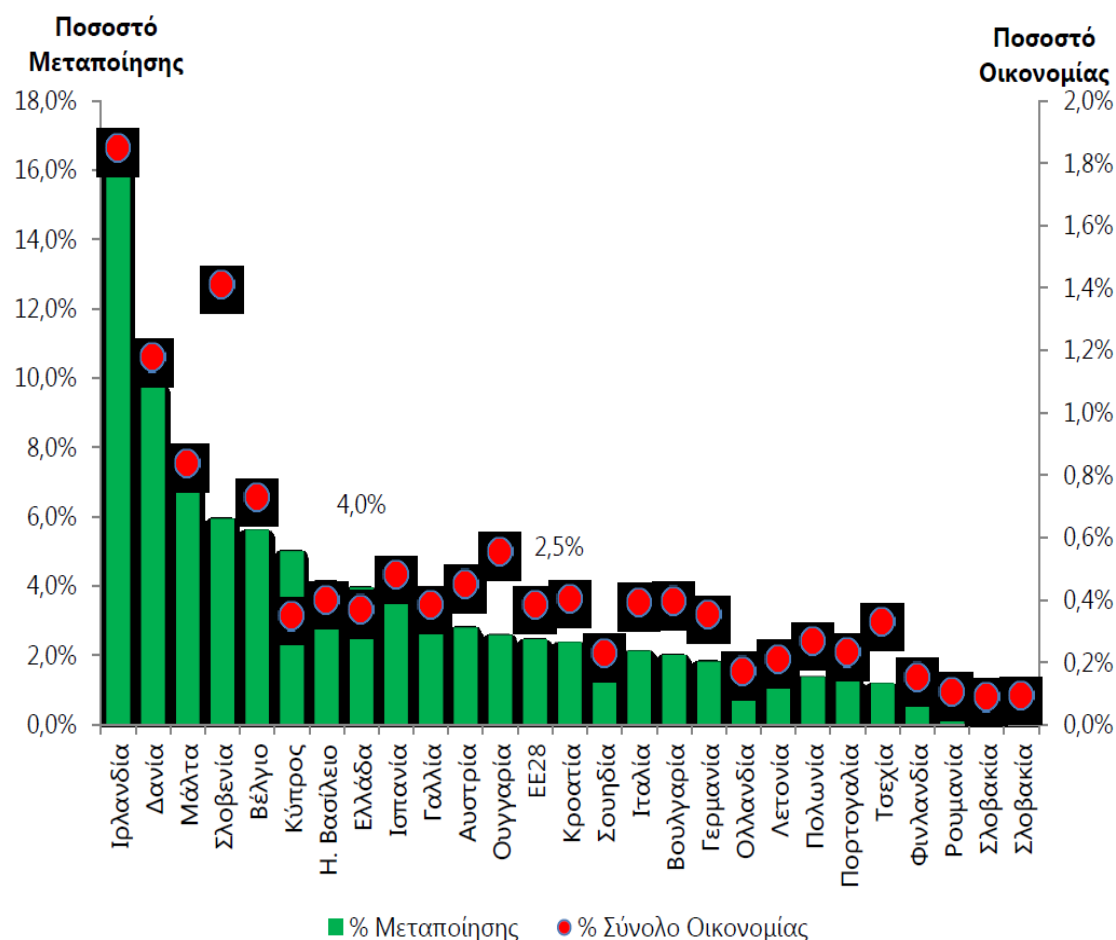
Διάγραμμα 3.30

Απασχόληση στην παραγωγή Φαρμάκου στην Ελλάδα (2012-2015)

Η απασχόληση στην παραγωγή φαρμακευτικών προϊόντων στην Ελλάδα, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 3.30, διαμορφώθηκε κατά μέσο όρο σε 14 χιλιάδες άτομα το 2012, σε 13.2 χιλιάδες άτομα το 2013, σε 13.3 χιλιάδες άτομα το 2014 και σε 13.1 χιλιάδες άτομα το 2015. Παρά το γεγονός ότι στην Ελλάδα κατά τα τελευταία χρόνια αυξήθηκε η παραγωγή φαρμακευτικών προϊόντων, καθώς επίσης και η προστιθέμενη αξία στο κλάδο αυτό, σε σύγκριση με τους λοιπούς κλάδους μεταποίησης, ο αριθμός των απασχολούμενων είναι ελάχιστα μειωμένος. Αυτό οφείλεται στο ότι ο κλάδος παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων είναι υψηλής τεχνολογίας, όπως και στις λοιπές χώρες της Ευρώπης, όπου το κεφάλαιο υποκατέστησε σε κάποιο βαθμό την απασχόληση.

Οι απασχολούμενοι στο κλάδο φαρμάκου αντιστοιχούν στο 0.4% της συνολικής απασχόλησης στην ελληνική οικονομία για το 2015, ενώ το μερίδιο στο σύνολο της μεταποίησης ανέρχεται στο 4%. Το μερίδιο αυτό βρίσκεται πάνω από το μέσο όρο της

Ευρωπαϊκής Ένωσης, ο οποίος είναι 2.5%. Οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης που έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό απασχόλησης στην παραγωγή φαρμάκου, τόσο στη μεταποίηση όσο και στο σύνολο της οικονομίας είναι η Ιρλανδία και η Δανία.



Πηγή: Eurostat, επεξεργασία IOBE

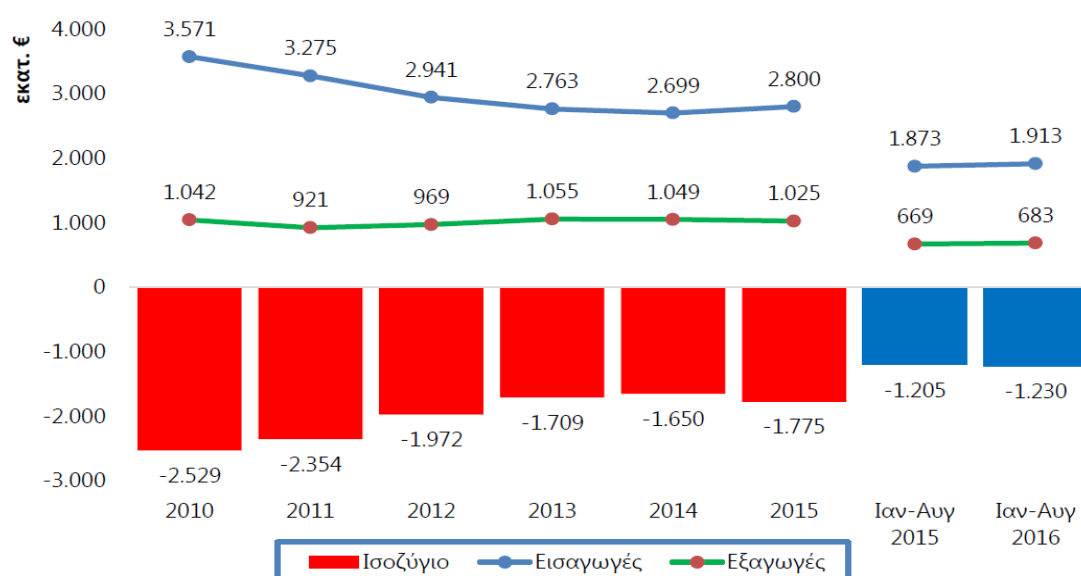
Διάγραμμα 3.31
Μερίδιο απασχόλησης στον κλάδο παραγωγής Φαρμάκου
σε χώρες της ΕΕ (2015)

Πίνακας 3.22
Μεταβολή απασχόλησης και μισθών στην Ελλάδα (2010-2015)

	Μεταβολή απασχόλησης σε ΠΑ	Μισθολογικό Κόστος	Μέσο ωρομίσθιο (2014)
Σύνολο Οικονομίας	-14.0%	-33.3%	5.2€
Μεταποίηση	-21.5%	-34.4%	6.8€
Κλάδος Παραγωγής Φαρμάκου	-6.2%	-0.04%	11.7€

Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ.

Όπως παρατηρούμε στον Πίνακα 3.22 ο κλάδος παραγωγής φαρμάκου κατέγραψε μείωση της απασχόλησης σε ΠΠΑ (Ισοδύναμα Πλήρους Απασχόλησης) κατά 6.2% κατά την περίοδο 2010-2015. Η μείωση αυτή ήταν μικρότερη σε σύγκριση με το σύνολο της μεταποίησης και το σύνολο της οικονομίας. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ο κλάδος αυτός δημιουργεί υψηλή προστιθέμενη αξία, αφού απασχολεί προσωπικό εξειδικευμένο, ανώτερης εκπαίδευσης. Αυτός είναι, άλλωστε, ο λόγος που το μέσο ωρομίσθιο στο κλάδο του φαρμάκου διαμορφώθηκε στα 11.7 ευρώ, σχεδόν διπλάσιο σε σύγκριση με τα αντίστοιχα στην μεταποίηση και στο σύνολο της οικονομίας.

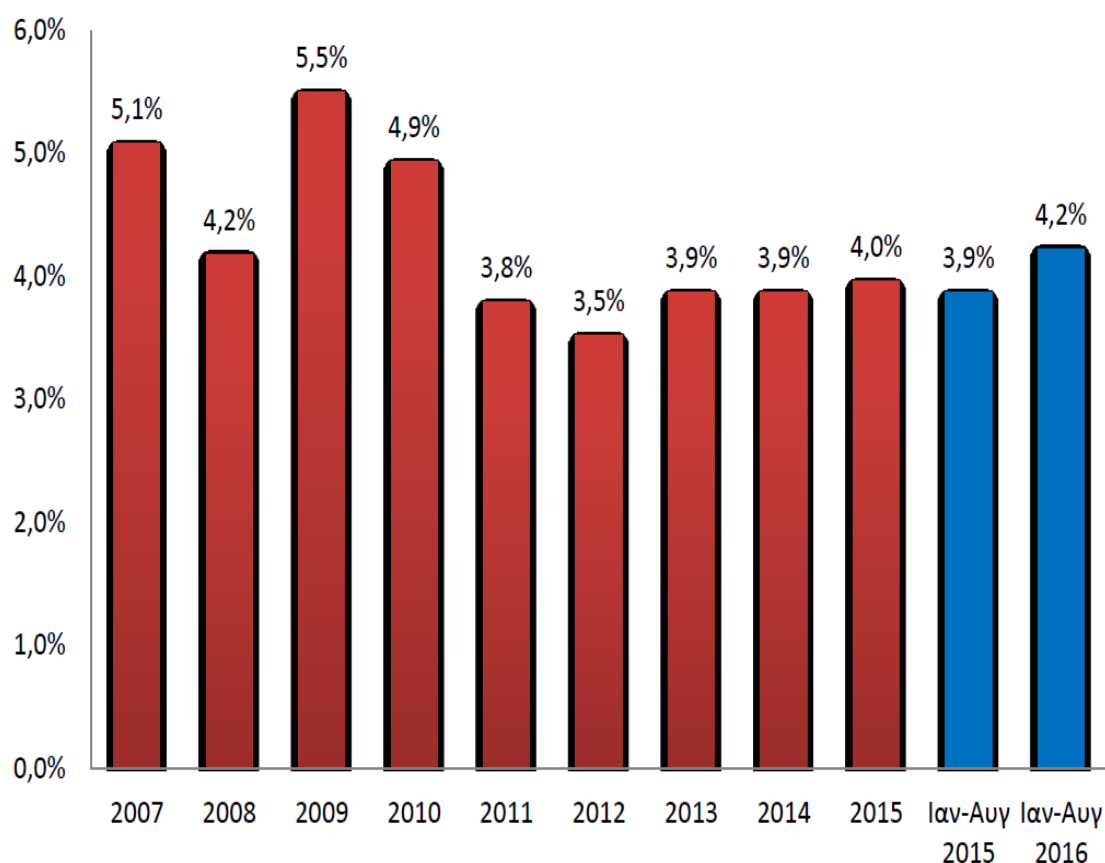


Πηγή: Eurostat, International trade, EU Trade, επεξεργασία IOBE

Διάγραμμα 3.32
Εξέλιξη Εμπορικού Ισοζυγίου Φαρμάκων στην Ελλάδα (2010-2016)
(σε εκατομμύρια ευρώ)

Ο φαρμακευτικός κλάδος στην Ελλάδα θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικός και συμβάλει σε μεγάλο βαθμό στη διαμόρφωση του εξωτερικού εμπορικού ισοζυγίου και του ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών. Στο Διάγραμμα 3.32 παρουσιάζεται η εξέλιξη του εμπορικού ισοζυγίου φαρμάκων από το 2010 έως και το 2015, καθώς επίσης στο πρώτο οκτάμηνο του 2015 και του 2016. Παρατηρούμε ότι η διαφορά μεταξύ εισαγωγών και εξαγωγών σε αξία για το 2010 ήταν 2529 εκατομμύρια ευρώ και συνεχώς μειούμενη, φτάνοντας τα 1775 εκατομμύρια ευρώ το 2015. Το πρώτο οκτάμηνο του 2016 η διαφορά μεταξύ εισαγωγών και εξαγωγών φαρμάκων αυξήθηκε ελάχιστα, σε σύγκριση με το αντίστοιχο του πρώτου οκτάμηνου του 2015.

Σύμφωνα με το Διάγραμμα 3.33, το μερίδιο εξαγωγών του φαρμακευτικού κλάδου αντιστοιχεί στο 4% των συνολικών εξαγωγών το 2015, με αυξητική τάση στο πρώτο οκτάμηνο του 2016, ενώ ο κλάδος φαρμάκου βρίσκεται στην τέταρτη θέση το 2015, ανάμεσα στους κλάδους της μεταποίησης, αν δε ληφθούν υπόψιν τα πετρελαιοειδή, με ποσοστό 7% των εξαγωγών των κλάδων της μεταποίησης.



Πηγή: Eurostat, International trade, EU Trade, επεξεργασία IOBE

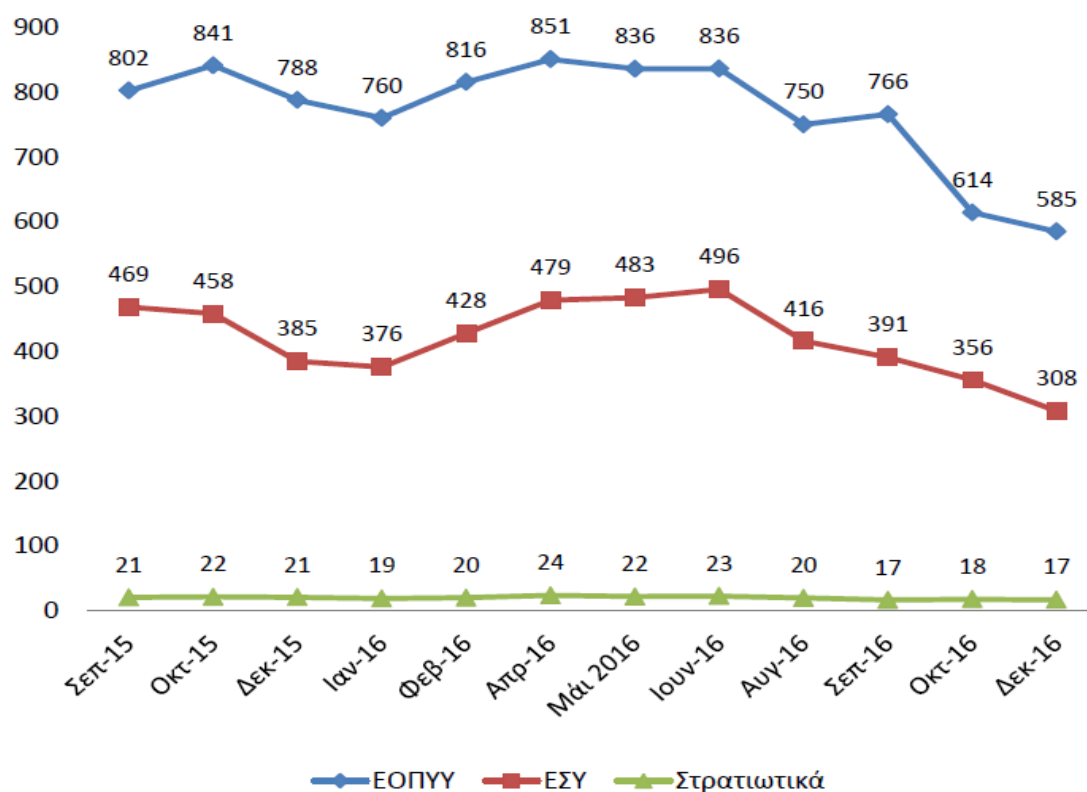
Διάγραμμα 3.33

Μερίδιο εξαγωγών φαρμάκου στο σύνολο των εξαγωγών αγαθών στην Ελλάδα (2007-2016)

Ως προς τις εισαγωγές φαρμάκων στην Ελλάδα το μεγαλύτερο ποσοστό σε όγκο καλύπτουν η Γερμανία με ποσοστό 27% και ακολουθούν η Γαλλία με 10.7% και η Ελβετία με 10%. Ως προς τις εξαγωγές φαρμάκων το μεγαλύτερο ποσοστό σε όγκο καλύπτουν η Γερμανία με ποσοστό 18.8% και ακολουθούν το Ηνωμένο Βασίλειο με 14.8% και η Κύπρος με 7.9%. Ο κλάδος φαρμάκων στην Ελλάδα εξάγει σε 141 χώρες και εισάγει από 61 χώρες.

3.6.8 Χρέη του ελληνικού δημοσίου προς φαρμακευτικές επιχειρήσεις

Στο Διάγραμμα 3.34 περιγράφεται η εξέλιξη των εκκρεμών οφειλών του δημοσίου προς τις εταιρείες, μέλη του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος σε εθελοντική βάση για το 2015 και το 2016.



Πηγή: ΣΦΕΕ

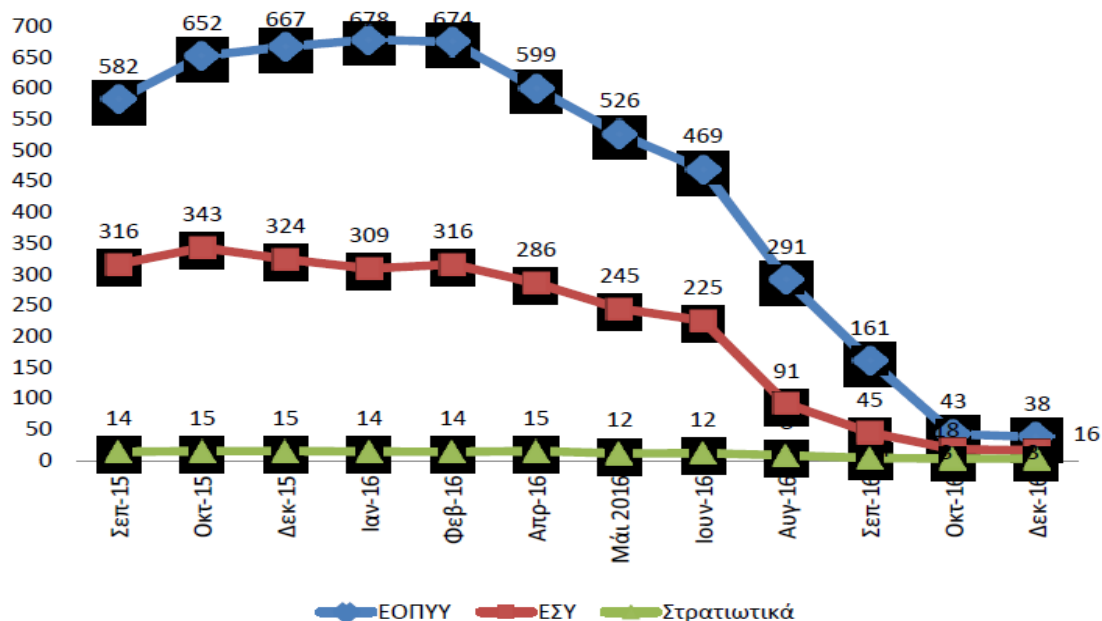
Διάγραμμα 3.34

Εξέλιξη εκκρεμών οφειλών Ελληνικού Δημοσίου στις εταιρείες-μέλη του ΣΦΕΕ ως 31/12/2016 (σε εκατομμύρια ευρώ)

Τα δεδομένα των διαγραμμάτων δεν αφορούν μόνο σε ληξιπρόθεσμες οφειλές αλλά στο σύνολο των τιμολογίων σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

Το ύψος των χρεών του δημοσίου προς τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις-μέλη του ΣΦΕΕ, για τιμολόγια που εκδόθηκαν μέχρι και 31/12/2016, ανέρχονται σε 910 εκατομμύρια ευρώ. Οι οφειλές αυτές αφορούν στον ΕΟΠΥΥ κατά 585 εκατομμύρια ευρώ, στα νοσοκομεία του ΕΣΥ κατά 308 εκατομμύρια ευρώ και στα στρατιωτικά νοσοκομεία κατά 17 εκατομμύρια ευρώ. Οι εκκρεμείς οφειλές του δημοσίου στις

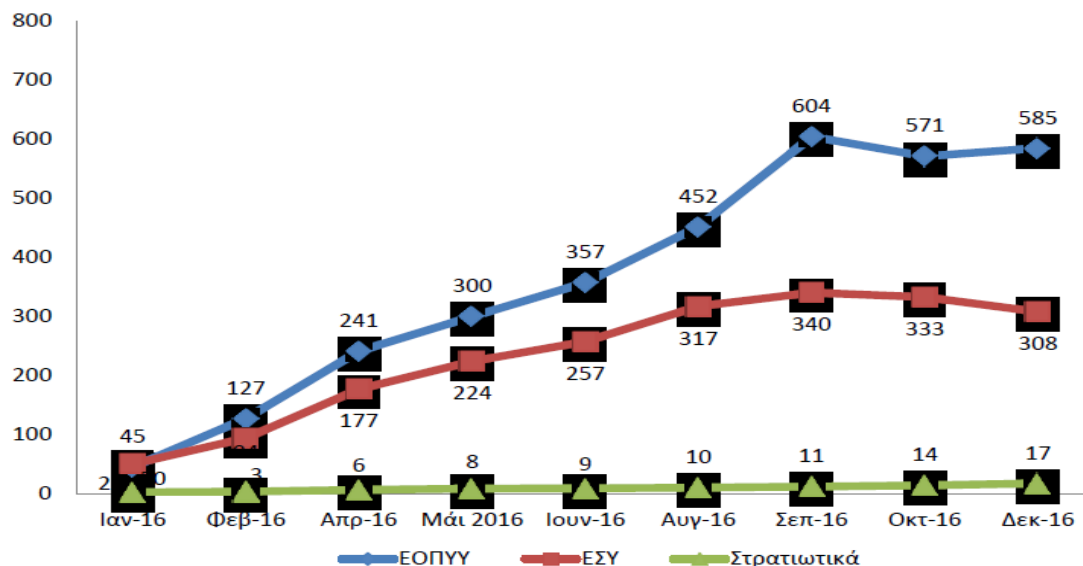
εταιρείες-μέλη του ΣΦΕΕ από 1.292 εκατομμύρια ευρώ τον Σεπτέμβριο του 2015 μειώθηκαν σε 910 εκατομμύρια ευρώ το Δεκέμβριο του 2016.



Πηγή: ΣΦΕΕ

Διάγραμμα 3.35

Εξέλιξη εκκρεμών οφειλών Δημοσίου στις εταιρείες – μέλη του ΣΦΕΕ μόνο για τιμολόγια του 2015 (σε εκατομμύρια ευρώ)



Πηγή: ΣΦΕΕ

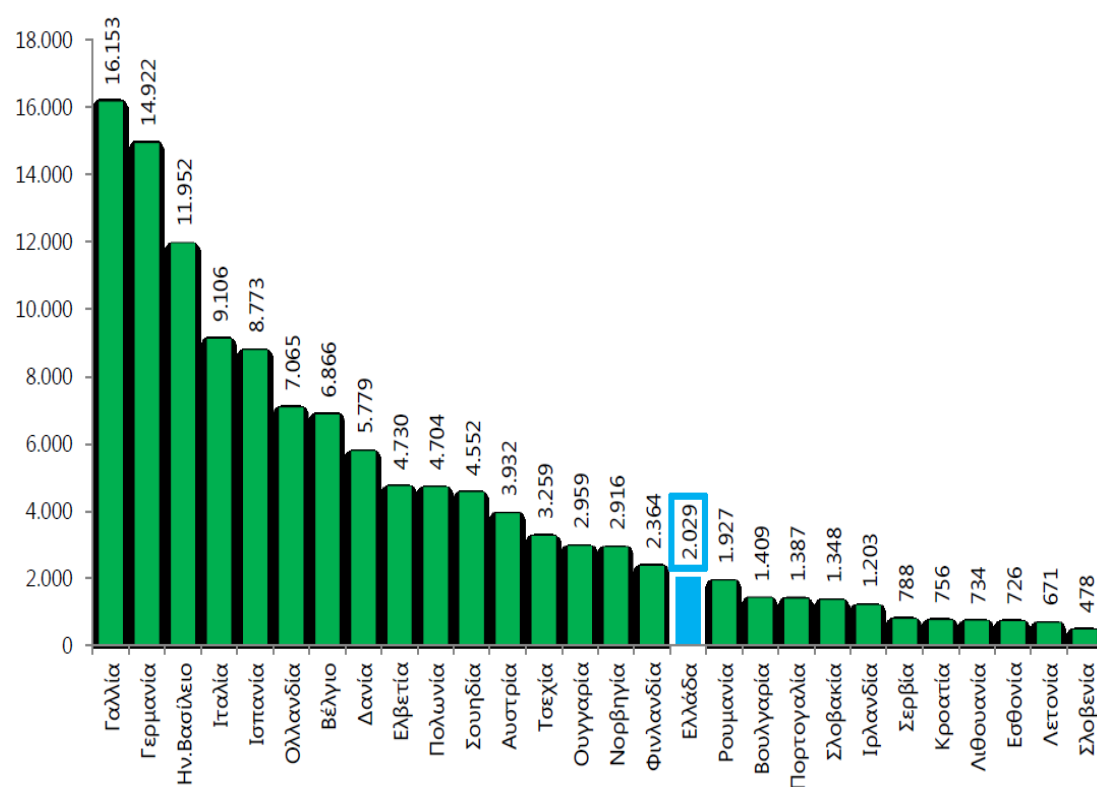
Διάγραμμα 3.36

Εξέλιξη εκκρεμών οφειλών Δημοσίου στις εταιρείες – μέλη του ΣΦΕΕ μόνο για τιμολόγια του 2016 (σε εκατομμύρια ευρώ)

Όπως παρατηρούμε στα Διαγράμματα 3.35 και 3.36 οι εκκρεμείς οφειλές του δημοσίου στις εταιρείες-μέλη του ΣΦΕΕ, μόνο για τα τιμολόγια του 2015 από 912 εκατομμύρια ευρώ τον Σεπτέμβριο του 2015 μειώθηκαν σε 57 εκατομμύρια ευρώ το Δεκέμβριο του 2016, ενώ οι εκκρεμείς οφειλές του δημοσίου μόνο για τα τιμολόγια του 2016 από 97 εκατομμύρια ευρώ τον Ιανουάριο του 2016 αυξήθηκαν σε 910 εκατομμύρια ευρώ το Δεκέμβριο του 2016.

3.6.9 Έρευνα και ανάπτυξη στον κλάδο φαρμάκου

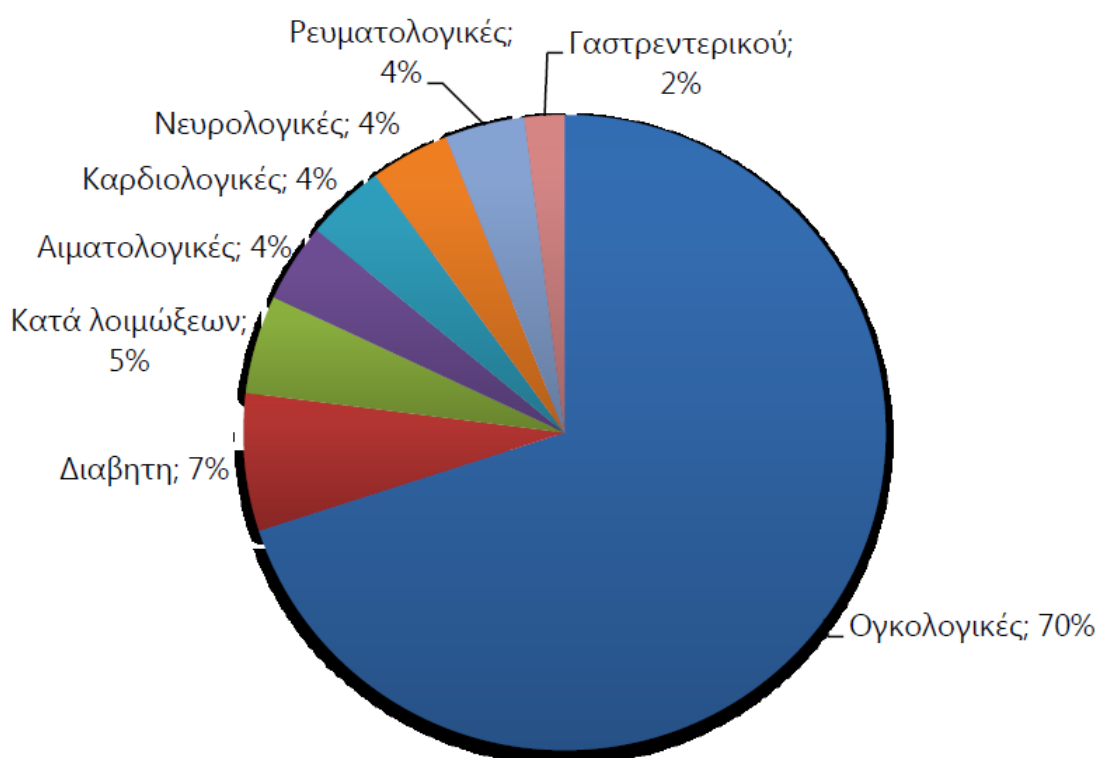
Στην έρευνα και ανάπτυξη (R&D) νέων καινοτόμων φαρμακευτικών προϊόντων η Ελλάδα κατέχει μία από τις τελευταίες θέσεις στην Ευρώπη. Ενδεικτικά, για το 2015 δαπανήθηκε το ποσό των εκατό εκατομμυρίων ευρώ σε έρευνα και ανάπτυξη τέτοιων προϊόντων.



Πηγή: Clinical trials.gov

Διάγραμμα 3.37
Αριθμός κλινικών μελετών, ανεξάρτητα φάσης ή σταδίου
σε χώρες της Ευρώπης (2016)

Με βάση το Διάγραμμα 3.37 το 2016 στην Ελλάδα διεξάγονταν 2029 κλινικές μελέτες, περισσότερες αριθμητικά, σε σύγκριση με την Πορτογαλία (1387) και την Ιρλανδία (1203). Ο αριθμός των κλινικών μελετών στην Ελλάδα είναι μικρότερος σε σύγκριση με τη Φινλανδία (2364) και τη Νορβηγία(2916), κατά τουλάχιστον 50% μικρότερος σε σύγκριση με τη Σουηδία (4552) και την Ελβετία (4730) και είναι αισθητά μικρότερος σε σύγκριση με την Ισπανία (8773), την Ιταλία(9106), το Ηνωμένο Βασίλειο(11952), τη Γερμανία(14922) και τη Γαλλία(16153).



Πηγή: GREDIS ΕΟΦ

Διάγραμμα 3.38
Ποσοστιαία κατανομή κλινικών δοκιμών στην Ελλάδα
ανά θεραπευτική κατηγορία (2015)

Για το 2015, με βάση τα στοιχεία του ΕΟΦ και το Διάγραμμα 3.38, το 70% των κλινικών μελετών αφορούσαν σε ογκολογικές δραστικές ουσίες, το 7% κατά ασθενειών του διαβήτη, το 5% κατά των λοιμώξεων και ακολουθούν με μικρότερα ποσοστά κλινικές σε αιματολογικές (4%), σε καρδιολογικές (4%), σε νευρολογικές (4%), σε ρευματολογικές (4%) και σε γαστρεντερολογικές ασθένειες (2%).

3.7 Ιατρονοσηλευτική περίθαλψη

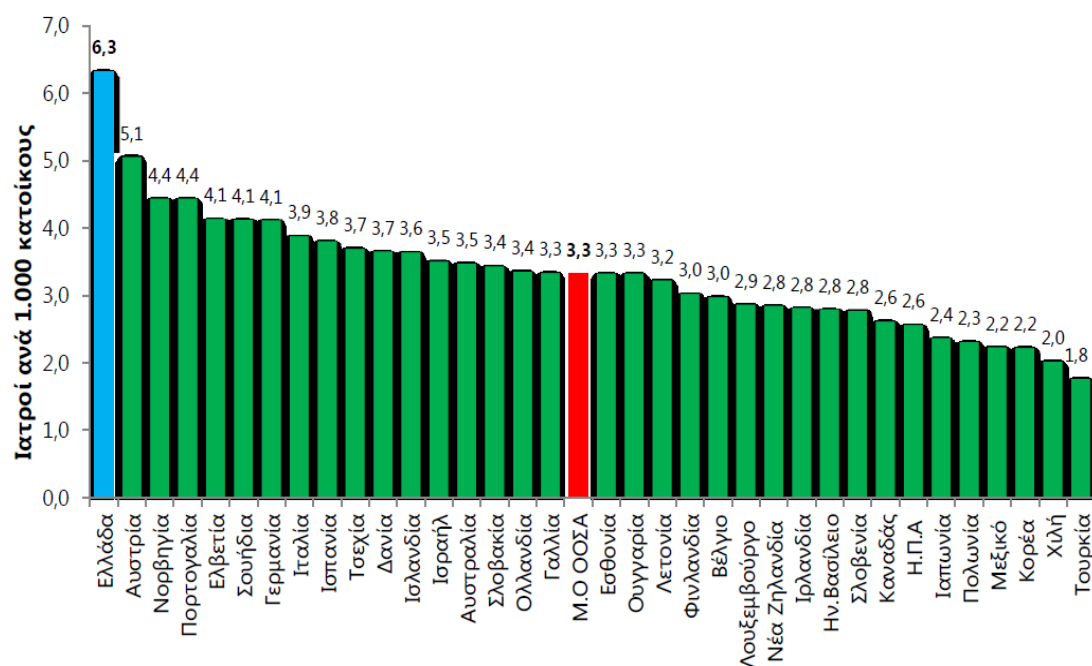
Το απασχολούμενο προσωπικό στην υγεία, όπως γιατροί, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί, νοσηλευτές και φυσικοθεραπευτές, είναι αυτοί που υποστηρίζουν και στηρίζουν το εκάστοτε σύστημα υγείας και αποτελούν το θεμελιώδη παράγοντα αξιολόγησης των δυνατοτήτων παροχής υπηρεσιών υγείας.

Πίνακας 3.23

Απασχολούμενοι στον τομέα Υγείας στην Ελλάδα (2007-2015)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Γιατροί	62207	67540	69030	69265	69435	69215	68886	68807	68401
Οδοντίατροι	14429	14689	14774	14661	14518	14208	13911	13746	13301
Φαρμακοποιοί	9802	10595	10788	11160	11232	11196	11461	11579	11299
Νοσηλευτές	37718	38291	37306	38422	38530	36883	36103	35223	-
Φυσικοθεραπευτές	-	3881	4521	5118	5582	6097	6629	6800	7213

Πηγή: OECD, ΕΛ.ΣΤΑΤ.



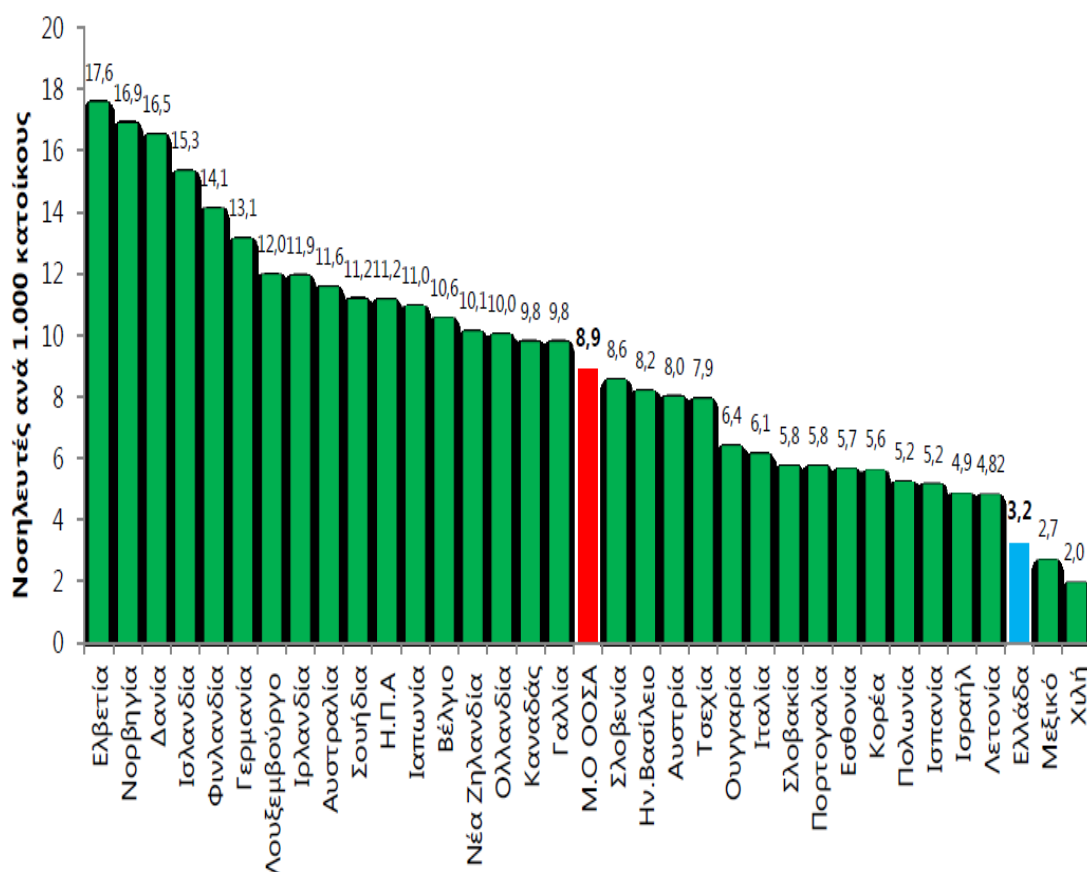
Πηγή: OECD

Διάγραμμα 3.39

Αριθμός Ιατρών ανά χίλιους κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ (2015)

Στον Πίνακα 3.23 εμφανίζονται οι απασχολούμενοι στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα, οι οποίοι αριθμητικά ανέρχονται περίπου σε 210.000. Οι γιατροί αριθμητικά κατέχουν το μεγαλύτερο μερίδιο στους απασχολούμενους, αφού το 2015 ανέρχονται σε 68.401 και αναλογούν σε 6.3 γιατρούς ανά 1.000 κατοίκους.

Όπως παρατηρούμε στο Διάγραμμα 3.39 η Ελλάδα κατέχει το μεγαλύτερο αριθμό γιατρών ανά χίλιους κατοίκους σε σύγκριση με τις χώρες του ΟΟΣΑ. Ο αριθμός αυτός είναι σχεδόν διπλάσιος του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ (3.3 γιατροί ανά χίλιους κατοίκους). Αντίθετα, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 3.40 ο αριθμός των νοσηλευτών στην Ελλάδα είναι 3.2 νοσηλευτές ανά χίλιους κατοίκους, ο οποίος είναι σχεδόν το ένα τρίτο του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ (8.9 νοσηλευτές ανά χίλιους κατοίκους).



Πηγή: OECD

Διάγραμμα 3.40

Αριθμός Νοσηλευτών ανά χίλιους κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ (2015)

Γενικότερα ο αριθμός των απασχολούμενων στα νοσοκομεία στην Ελλάδα ανέρχονται σε 8.9 ανά χίλιους κατοίκους το 2014. Το 2013 ο αντίστοιχος αριθμός είναι 9.21, αισθητά μικρότερος του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ (14.34).

Πίνακας 3.24

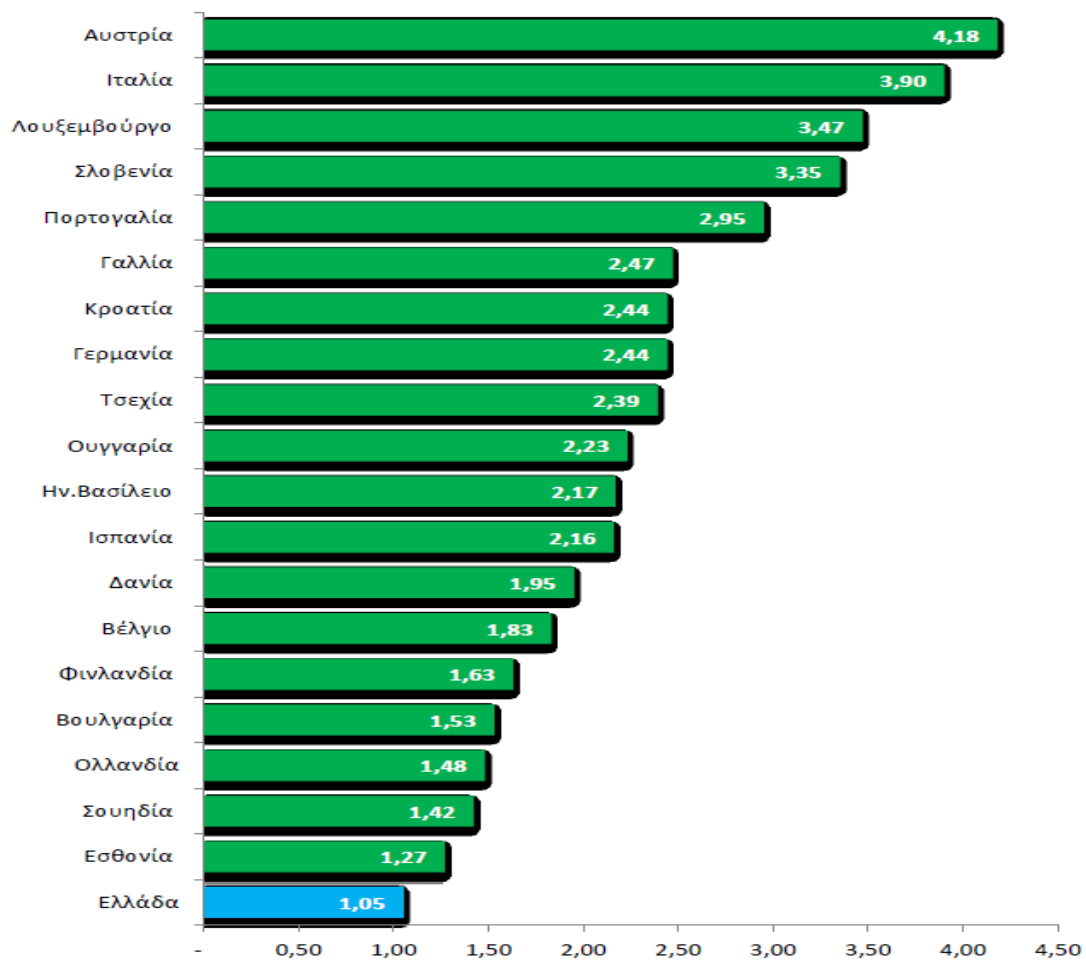
Αριθμός απασχολουμένων στα νοσοκομεία ανά χίλιους κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ (2008-2016)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Αυστρία	12.30	12.52	12.70	12.91	13.05	13.11	13.27	13.31	-
Βέλγιο	17.56	18.06	18.15	18.11	18.25	18.26	18.38	-	-
Καναδά	17.01	17.27	17.16	17.14	17.15	17.14	17.22	17.29	-
Χιλή	-	-	4.95	5.06	5.19	5.27	5.50	5.62	6.01
Τσεχία	13.02	13.37	13.44	13.38	13.40	13.33	13.33	13.71	-
Δανία	20.30	20.80	20.57	20.18	20.18	20.42	20.48	-	-
Εσθονία	14.45	14.00	13.90	14.06	14.65	10.49	10.51	11.17	-
Φιλανδία	17.84	17.75	17.90	17.85	17.91	17.89	17.68	-	-
Γαλλία	19.48	20.79	20.95	19.77	19.87	19.75	19.68	19.52	-
Γερμανία	14.58	14.86	15.09	15.56	15.75	15.93	16.04	16.10	-
Ελλάδα	10.06	10.31	10.04	10.03	9.62	9.21	8.90	8.75	-
Ουγγαρία	9.42	9.05	9.91	10.45	9.99	10.79	10.60	10.62	-
Ισλανδία	20.72	19.51	18.95	18.92	19.00	19.03	19.42	19.67	20.75
Ιρλανδία	13.24	12.84	12.50	12.32	12.06	11.95	12.24	12.72	12.92
Ισραήλ	12.46	11.72	11.73	11.34	11.34	10.89	11.22	10.69	10.76
Ιταλία	11.07	11.07	11.08	10.95	10.73	10.62	10.37	10.29	-
Κορέα	5.56	5.79	6.04	6.24	5.06	5.58	6.03	6.44	7.24
Λετονία	-	-	-	-	10.36	10.43	10.86	10.58	-
Ολλανδία	16.30	16.83	17.04	17.21	17.33	17.19	15.69	16.27	-
Νορβηγία	21.91	23.38	23.13	22.83	21.75	21.53	21.35	21.78	-
Πορτογαλία	11.38	11.67	12.06	11.35	11.52	11.53	11.38	11.81	-
Σλοβενία	9.91	9.99	10.06	10.11	10.27	9.98	10.44	10.77	-
Ισπανία	11.42	11.56	11.71	11.56	11.33	11.30	11.58	11.77	-
Ελβετία	23.34	24.15	22.41	22.98	23.18	23.58	23.92	24.40	-
Τουρκία	-	-	-	6.97	7.26	7.36	7.45	7.73	-
Ηνωμένο Βασίλειο	21.06	21.29	20.45	21.22	21.27	20.59	20.56	20.31	-
ΗΠΑ	19.71	19.71	19.57	19.49	19.58	19.55	19.50	-	-

*εκτιμώμενη τιμή

Πηγή: OECD

Παρά το γεγονός ότι στην Ελλάδα ο αριθμός των φαρμακείων ανά εκατό χιλιάδες κατοίκους είναι μεγαλύτερος για το 2015 σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ο αριθμός των φαρμακοποιών ανά φαρμακείο είναι ο μικρότερος. Ο αριθμός φαρμακοποιών ανά φαρμακείο στην Ελλάδα το 2015 είναι 1.05, ενώ ο μεγαλύτερος αριθμός (4.18) παρατηρείται στην Αυστρία, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 3.41.



Πηγή: PGEU

Διάγραμμα 3.41

Αριθμός φαρμακοποιών ανά φαρμακείο σε χώρες της Ευρώπης (2015)

Πίνακας 3.25

Αριθμός νοσοκομείων ανά εκατομμύριο κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ (2008-2016)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Αυστραλία	62.12	61.50	61.05	60.21	59.27	58.79	56.35	-	-
Αυστρία	32.09	32.00	32.04	32.53	32.86	32.79	32.66	32.20	-
Βέλγιο	19.51	18.80	18.17	17.65	17.25	17.08	16.68	15.79	15.65
Καναδά	21.78	21.53	21.29	21.11	20.72	20.54	20.26	20.06	-
Χιλή	25.05	23.82	24.32	22.31	22.01	22.06	20.37	20.16	-
Τσεχία	24.46	24.51	24.35	24.29	23.98	24.06	24.42	24.27	-
Εσθονία	43.38	42.71	42.81	41.43	42.34	23.52	22.82	22.81	-
Φινλανδία	60.23	55.82	52.21	51.04	48.58	47.62	47.24	48.91	-
Γαλλία	43.47	42.74	41.76	41.17	40.60	48.53	47.06	46.36	-
Γερμανία	40.46	40.58	40.37	40.83	40.15	39.47	38.75	38.05	-
Ελλάδα	28.53	28.18	27.87	28.28	27.34	26.45	25.98	26.15	-

Ουγγαρία	17.53	17.46	17.50	17.35	17.74	17.49	17.64	17.07	-
Ισλανδία	28.35	28.26	28.30	25.08	24.94	24.71	24.44	24.18	24.06
Ιρλανδία	39.20	22.27	21.71	21.41	20.71	-	-	-	-
Ισραήλ	11.63	11.36	11.26	11.20	10.87	10.67	10.35	10.02	9.96
Ιταλία	21.40	21.00	20.75	19.94	19.42	18.84	18.44	18.36	-
Ιαπωνία	68.66	68.26	67.70	67.31	67.13	67.03	66.75	66.72	-
Κορέα	51.21	54.07	56.69	61.36	65.70	68.41	72.36	72.10	-
Λετονία	40.42	32.22	31.94	33.99	32.44	32.30	32.10	33.88	-
Λουξεμβούργο	26.60	26.12	23.67	25.08	24.48	23.93	21.57	21.07	20.82
Μεξικό	39.34	39.04	38.99	38.32	37.82	37.55	38.00	37.00	-
Ολλανδία	11.07	25.17	25.70	26.90	29.78	30.29	29.94	-	-
Νέα Ζηλανδία	-	37.42	37.92	37.41	36.52	36.02	35.92	35.90	33.88
Πολωνία	23.5	24.01	25.05	25.43	27.27	28.52	28.83	28.09	-
Πορτογαλία	21.12	21.10	21.85	21.41	21.78	21.61	21.63	21.72	-
Σλοβακία	25.65	25.99	25.41	25.93	25.33	25.12	24.73	24.71	-
Σλοβενία	14.35	14.22	14.16	14.13	14.10	14.08	14.06	14.05	14.05
Ισπανία	16.69	16.61	16.42	16.32	16.23	16.39	16.42	16.47	-
Ελβετία	41.58	40.42	38.34	37.92	37.26	36.22	35.29	34.77	-
Τουρκία	18.41	18.70	19.10	19.00	19.73	19.92	19.80	19.60	-
Ηνωμένο Βασίλειο	-	-	-	-	27.43	25.88	24.49	29.11	-
ΗΠΑ	19.12	18.89	18.60	18.37	18.23	17.98	17.06	-	-

*εκτιμώμενη τιμή

Πηγή: OECD

Πίνακας 3.26

Αριθμός δημόσιων νοσοκομείων ανά εκατομμύριο κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ (2008-2016)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Αυστραλία	35.58	34.71	34.13	33.71	32.82	32.31	29.75	-	-
Αυστρία	18.83	18.58	18.41	18.47	18.27	18.16	18.03	17.72	-
Καναδά	21.57	21.32	21.08	20.91	20.52	20.34	20.06	19.86	-
Χιλή	13.54	13.39	13.54	12.34	12.10	12.42	11.90	11.83	-
Τσεχία	-	16.18	15.47	15.24	14.84	14.84	15.49	15.08	-
Εσθονία	26.92	26.98	27.04	27.12	27.22	15.17	15.21	15.20	-
Φιλανδία	48.18	43.64	39.71	37.30	35.46	34.20	34.79	37.86	-
Γαλλία	15.41	15.07	14.70	14.49	14.18	22.17	21.42	20.85	-
Γερμανία	10.78	10.65	10.42	10.64	10.36	10.23	10.10	9.87	-
Ελλάδα	12.64	12.78	12.68	12.70	12.04	11.40	11.38	11.46	-
Ουγγαρία	13.45	13.37	13.40	13.24	-	-	-	-	-
Ισλανδία	28.35	28.26	28.30	25.08	24.94	24.71	24.44	24.18	24.06
Ισραήλ	4.93	4.81	4.72	4.64	4.55	4.59	4.50	4.42	4.39
Ιταλία	9.47	9.31	9.19	8.56	8.25	7.85	7.58	7.53	-

Ιαπωνία	12.46	12.27	12.12	11.98	11.96	11.89	12.26	12.24	-
Κορέα	-	-	3.77	3.82	3.98	3.99	4.16	4.16	-
Λετονία	-	24.28	22.88	23.79	23.10	22.86	22.57	23.26	-
Λουξεμβούργο	14.33	14.06	11.84	11.58	11.30	11.04	8.99	8.78	8.68
Μεξικό	11.24	11.53	11.34	11.45	11.45	11.40	12.20	11.35	-
Νέα Ζηλανδία	-	19.99	20.00	19.62	19.06	18.68	18.85	18.50	17.69
Πολωνία	17.00	16.41	15.96	15.71	-	-	-	-	-
Πορτογαλία	11.84	11.54	12.20	11.85	11.60	11.38	11.34	11.01	-
Σλοβενία	-	-	12.69	12.67	12.64	12.62	12.61	12.60	12.60
Ισπανία	6.62	6.75	7.36	7.40	7.44	7.44	7.42	7.38	-
Τουρκία	12.57	12.24	12.21	12.00	12.30	12.46	12.36	12.16	-
ΗΠΑ	5.17	5.06	4.93	4.78	4.69	4.56	4.47	-	-

*εκτιμώμενη τιμή

Πηγή: OECD

Πίνακας 3.27

Αριθμός ιδιωτικών νοσοκομείων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα ανά εκατομμύριο κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ (2008-2016)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Αυστραλία	5.46	5.39	5.22	5.15	4.84	4.72	4.56	-	-
Αυστρία	5.41	5.39	5.38	5.24	5.10	5.07	4.92	4.86	-
Τσεχία	-	0.48	0.38	0.38	0.38	0.29	0.29	0.28	-
Εσθονία	7.48	7.49	7.51	6.03	7.56	2.28	2.28	2.28	-
Γαλλία	11.75	11.38	10.91	10.75	10.51	10.83	10.33	10.37	-
Γερμανία	13.43	13.35	13.16	13.28	12.93	12.69	12.31	11.98	-
Ελλάδα	0.54	0.45	0.54	0.45	0.45	0.36	0.37	0.37	-
Ουγγαρία	2.89	2.89	2.90	2.91	-	-	-	-	-
Ισραήλ	3.42	3.21	3.15	3.22	3.03	2.98	2.92	2.86	2.85
Ιταλία	0.56	0.58	0.57	0.57	0.60	0.58	0.58	0.56	-
Κορέα	-	-	52.91	57.53	61.71	64.63	68.20	67.94	-
Λουξεμβούργο	8.19	8.04	7.89	9.65	9.42	9.20	10.79	10.53	10.41
Μεξικό	0.15	0.17	0.14	0.16	0.15	0.15	0.16	0.16	-
Ολλανδία	11.07	11.31	11.01	10.78	10.74	10.77	10.73	9.56	-
Νέα Ζηλανδία	-	6.97	7.13	7.07	7.03	6.30	5.99	6.09	5.54
Πορτογαλία	4.55	4.64	4.73	5.21	5.04	5.26	4.81	5.21	-
Ισπανία	3.09	3.08	2.71	2.59	2.44	2.49	2.54	2.56	-
ΗΠΑ	10.07	9.96	9.80	9.73	9.60	9.56	9.38	-	-

*εκτιμώμενη τιμή

Πηγή: OECD

Πίνακας 3.28

Αριθμός ιδιωτικών νοσοκομείων κερδοσκοπικού χαρακτήρα ανά εκατομμύριο κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ (2008-2016)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Αυστραλία	21.08	21.39	21.70	21.35	21.60	21.76	22.04	-	-
Αυστρία	8.05	8.03	8.25	8.82	9.49	8.55	9.72	9.61	-
Καναδά	0.21	0.21	0.21	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	-
Χιλή	11.51	10.43	10.78	9.97	9.92	9.64	8.47	8.33	-
Τσεχία	-	7.85	8.50	8.67	8.75	8.94	8.65	8.91	-
Εσθονία	8.97	8.24	8.26	8.29	7.56	6.07	5.33	5.32	-
Φιλανδία	12.05	12.17	12.49	13.73	13.11	13.42	12.45	14.05	-
Γαλλία	16.31	16.29	16.15	15.92	15.91	15.54	15.31	15.14	-
Γερμανία	16.25	16.59	16.79	16.92	16.86	16.55	16.34	16.20	-
Ελλάδα	15.35	14.95	14.66	15.13	14.85	14.68	14.23	14.32	-
Ουγγαρία	1.20	1.20	1.20	1.20	-	-	-	-	-
Ιρλανδία	-	5.51	5.48	5.46	5.23	-	-	-	-
Ισραήλ	3.28	3.34	3.41	3.35	3.29	3.10	2.92	2.74	2.73
Ιταλία	11.37	11.12	10.98	10.81	10.56	10.41	10.28	10.27	-
Λετονία	-	7.94	9.06	10.20	9.34	9.44	9.53	10.62	-
Λουξεμβούργο	4.09	4.02	3.95	3.86	3.77	3.68	1.80	1.76	1.74
Μεξικό	27.95	27.54	27.51	26.71	26.21	26.00	25.65	25.49	-
Ολλανδία	-	13.85	14.69	16.11	19.04	19.52	19.21	-	-
Νέα Ζηλανδία	-	10.46	10.80	10.72	10.44	11.03	11.09	11.31	10.65
Πολωνία	6.50	7.60	9.10	9.72	-	-	-	-	-
Πορτογαλία	4.74	4.92	4.92	4.55	5.14	4.97	5.48	5.50	-
Σλοβενία	-	-	1.46	1.46	1.46	1.46	1.45	1.45	1.45
Ισπανία	6.99	6.77	6.36	6.33	6.35	6.46	6.45	6.52	-
Τουρκία	5.84	6.45	6.89	6.99	7.42	7.46	7.44	7.44	-
ΗΠΑ	3.88	3.87	3.87	3.86	3.94	3.86	3.81	-	-

*εκτιμώμενη τιμή

Πηγή: OECD

Ο αριθμός των νοσοκομείων, δημόσιων και ιδιωτικών θεωρείται ένας δείκτης που δείχνει το βαθμό της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης. Σύμφωνα με τους πίνακες 3.25, 3.26, 3.27 και 3.28 ο αριθμός των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα για το 2014 ανέρχεται σε 25.98 ανά εκατομμύριο κατοίκους, εκ των οποίων τα 11.38 είναι δημόσια, τα 0.37 ιδιωτικά μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και τα 14.23 ιδιωτικά κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Πίνακας 3.29

**Αριθμός νοσοκομειακών κλινών ανά χίλιους κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ
(2008-2016)**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Αυστραλία	3.82	3.77	3.78	3.79	3.75	3.74	3.79	-	-
Αυστρία	7.69	7.68	7.65	7.68	7.67	7.65	7.59	7.55	-
Βέλγιο	6.57	6.51	6.44	6.35	6.29	6.25	6.24	6.18	6.14
Βραζιλία	2.43	2.42	2.36	2.33	2.29	-	-	-	-
Καναδά	2.85	2.80	2.78	2.80	2.78	2.71	2.67	2.61	2.58
Χιλή	2.28	2.27	2.04	2.22	2.17	2.16	2.11	2.14	-
Κίνα	2.17	2.34	2.53	2.75	3.07	3.36	3.62	3.87	-
Κολομβία	-	-	1.48	1.45	1.48	1.54	1.59	-	-
Τσεχία	7.21	7.14	7.04	6.84	6.66	6.46	6.45	6.49	-
Δανία	3.57	3.49	3.50	3.13	-	3.07	2.69	2.53	2.61
Εσθονία	5.63	5.37	5.27	5.36	5.53	5.01	5.01	4.96	-
Φιλανδία	6.57	6.25	5.85	5.52	5.30	4.87	4.53	4.35	-
Γαλλία	6.90	6.66	6.43	6.36	6.34	6.28	6.22	6.13	-
Γερμανία	8.21	8.24	8.25	8.38	8.34	8.28	8.23	8.13	-
Ελλάδα	4.84	4.93	4.48	4.47	4.45	4.24	4.24	4.25	-
Ουγγαρία	7.11	7.14	7.18	7.19	7.00	7.04	6.98	6.99	-
Ισλανδία	3.91	3.70	3.58	3.29	3.25	3.21	3.15	3.11	3.16
Ινδία	0.41	0.45	0.47	0.63	0.49	0.49	0.52	-	-
Ινδονησία	-	0.59	0.57	0.62	0.83	0.99	-	-	-
Ιρλανδία	4.85	2.83	2.73	2.62	2.55	2.57	2.60	2.60	-
Ισραήλ	3.30	3.19	3.16	3.14	3.10	3.09	3.08	3.03	3.03
Ιταλία	3.79	3.69	3.64	3.52	3.42	3.31	3.21	3.20	-
Ιαπωνία	13.71	13.62	13.51	13.40	13.35	13.30	13.21	13.17	-
Κορέα	7.73	8.19	8.74	9.53	10.25	10.92	11.59	11.53	-
Λετονία	7.77	6.74	5.68	5.88	5.89	5.80	5.66	5.69	-
Λιθουανία	7.18	7.18	7.16	7.43	7.43	7.28	7.22	6.97	-
Λουξεμβούργο	5.57	5.47	5.37	5.28	5.15	5.05	4.94	4.82	4.77
Μεξικό	1.63	1.59	1.59	1.59	1.57	1.62	1.62	1.52	-
Ολλανδία	4.70	4.66	-	-	4.25	4.18	-	-	-
Νέα Ζηλανδία	-	2.41	2.75	2.82	2.83	2.78	2.75	2.71	2.73
Νορβηγία	4.64	4.52	4.30	4.19	3.97	3.86	3.84	3.76	-
Πολωνία	6.62	6.65	6.61	6.63	6.63	6.61	6.63	6.63	-
Πορτογαλία	3.39	3.37	3.37	3.37	3.41	3.39	3.32	3.40	-
Ρωσία	9.85	9.68	9.41	9.42	9.30	9.07	8.81	8.48	-
Σλοβακία	6.59	6.54	6.46	6.05	5.91	5.80	5.79	5.75	-
Σλοβενία	4.74	4.60	4.57	4.62	4.54	4.55	4.54	4.51	-
Νότια Αφρική	2.40	-	2.31	-	-	-	-	-	-
Ισπανία	3.20	3.16	3.12	3.05	2.99	2.96	2.97	2.98	-
Σουηδία	2.81	2.76	2.73	2.71	2.62	2.59	2.54	2.44	-
Ελβετία	5.21	5.10	4.97	4.87	4.80	4.68	4.58	4.58	-
Τουρκία	2.35	2.40	2.52	2.53	2.66	2.65	2.68	2.68	-

Ηνωμένο Βασίλειο	3.33	3.26	2.93	2.88	2.81	2.76	2.73	2.61	-
ΗΠΑ	3.13	3.08	3.05	2.97	2.93	2.89	2.83	-	-

*εκτιμώμενη τιμή

Πηγή: OECD

Ένας ,επίσης, σημαντικός δείκτης που δείχνει την ποιότητα της παρεχόμενης νοσοκομειακής περίθαλψης είναι ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών ανά χίλιους κατοίκους. Ο συνολικός αριθμός των νοσοκομειακών κλινών είναι 4.25 ανά χίλιους κατοίκους το 2015, ο οποίος είναι αισθητά μειωμένος σε σύγκριση με το 2009 (4.93). Το γεγονός της μείωσης των νοσοκομειακών κλινών ανά χίλιους κατοίκους δηλώνει την περιορισμένη δυνατότητα του ελληνικού συστήματος υγείας, λόγω κρίσης, να δημιουργήσει νέες νοσοκομειακές κλίνες ή να ενεργοποιήσει τις ήδη υπάρχουσες που είναι αδρανείς, λόγω της έλλειψης προσωπικού. Η μείωση του συνολικού αριθμού στα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας μπορεί να αποδοθεί στη συγχώνευση των νοσοκομείων κατά τη χρονική περίοδο από το 2000 έως και το 2014.

3.8 Ανακεφαλαίωση

Τα συστήματα υγείας στην Ευρώπη μπορούν να χαρακτηριστούν ως μεικτά συστήματα, λόγω της συνύπαρξης του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, επίσης, χαρακτηρίζεται ως μεικτό σύστημα, αφού η χρηματοδότηση του βασίζεται σε δημόσιους πόρους, μέσω του προϋπολογισμού, των ασφαλιστικών εισφορών και των ιδιωτικών πληρωμών.

Από το 1983, με την καθιέρωση του ΕΣΥ, μέχρι και σήμερα το σύστημα υγείας στην Ελλάδα έχει δεχθεί αρκετές και μεγάλες αλλαγές. Πριν την οικονομική κρίση στην Ελλάδα, το σύστημα υγείας ήταν περισσότερο νοσοκομειοκεντρικό, αφού έδινε μεγαλύτερη έμφαση και ενίσχυε το θεσμό και την προσφορά του νοσοκομείου. Έτσι βασικός πάροχος των υπηρεσιών υγείας ήταν το κράτος, με περιορισμένο το ρόλο του ιδιωτικού τομέα. Αυτός ήταν ο κύριος λόγος που το σύστημα υγείας συσώρευε συνεχή ελλείματα. Με την έναρξη της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα τα μεγάλα δημοσιονομικά προβλήματα στον τομέα της υγείας άρχισαν να κάνουν αισθητή την εμφάνισή τους και αποκαλύφθηκε η αναποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας. Μετά από πίεση των τριών θεσμών (τρίκα) το 2011 δημιουργήθηκε ο ΕΟΠΥΥ για να

προσφέρει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας στο μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού. Ο ΕΟΠΥΥ λειτουργούσε ταυτόχρονα ως αγοραστής και ως πάροχος υπηρεσιών υγείας με σκοπό τη συγκέντρωση των πόρων σε ένα φορέα ώστε η διαχείριση των δαπανών να είναι ορθολογική και αποτελεσματική.

Στα πλαίσια βελτίωσης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα δημιουργήθηκε ένας νέος φορέας υπηρεσιών υγείας με την ονομασία ΠΕΔΥ, ο οποίος περιλαμβάνει τις μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ καθώς επίσης και τα κέντρα υγείας. Οι πλέον σημαντικές αλλαγές του συστήματος αφορούν τους ασφαλισμένους. Η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας θα παρέχεται στον ασθενή μετά την επίσκεψη του στον οικογενειακό του γιατρό και την μετέπειτα παραπομπή του.

Κεφάλαιο 4

Συγκριτική αξιολόγηση των συστημάτων υγείας

4.1 Εισαγωγή

Οι διαχρονικά αυξανόμενες δαπάνες στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, τόσο σε ευρωπαϊκό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο, το υψηλό προσδόκιμο ζωής, οι τεχνολογικές εξελίξεις και οι ανισότητες στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, αυξάνουν τον προβληματισμό των υπεύθυνων για τη χάραξη της πολιτικής στην υγεία. Για το επίπεδο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στην υγεία και τη βελτίωση αυτών καθίσταται επιτακτική η ανάγκη καθιέρωσης μέτρων και κριτηρίων αξιολόγησης των υπηρεσιών αυτών. Άλλωστε, τόσο οι επαγγελματίες στο χώρο της υγείας όσο και οι ασθενείς θέλουν να είναι γνώστες της απόδοσης ενός συστήματος υγείας και την κατάταξη του, σε σύγκριση με τα συστήματα υγείας άλλων χωρών. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο έχουν καθιερωθεί δείκτες και κριτήρια αξιολόγησης των αποτελεσμάτων λειτουργίας των συστημάτων υγείας.

4.2 Βαθμολόγηση των συστημάτων υγείας και ιεράρχηση των χωρών

Σύμφωνα με το *Euro Health Consumer Index* της *Health Consumer Powerhouse Ltd.* τα κριτήρια, τα οποία χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση ενός συστήματος και την ιεράρχηση των συστημάτων υγείας των χωρών της Ευρώπης, είναι η πληροφόρηση και τα δικαιώματα του ασθενή (*patient rights and information*), η προσβασιμότητα και ο χρόνος αναμονής για θεραπεία (*accessibility-waiting times for treatment*), τα αποτελέσματα (*outcomes*), το εύρος και το φάσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (*range and reach of services provided*), η πρόληψη (*prevention*) και τα φάρμακα (*pharmaceuticals*).

Ορισμένοι από τους δείκτες που χρησιμοποιούνται στο κριτήριο της πληροφόρησης και των δικαιωμάτων του ασθενή είναι η νομοθεσία για τα δικαιώματα του ασθενή, το

δικαίωμα της δεύτερης γνώμης, η δυνατότητα για κλείσιμο ραντεβού μέσω διαδικτύου και η ηλεκτρονική συνταγογράφηση.

Στο κριτήριο της προσβασιμότητας και του χρόνου αναμονής για θεραπεία χρησιμοποιούνται ορισμένοι δείκτες, όπως η δυνατότητα να επισκεφτεί κάποιος τον οικογενειακό του γιατρό την ίδια μέρα, η άμεση πρόσβαση σε ειδικό γιατρό, ο χρόνος αναμονής στα επείγοντα περιστατικά και ο χρόνος θεραπείας του καρκίνου.

Αναφορικά με το κριτήριο των αποτελεσμάτων ορισμένοι από τους δείκτες που χρησιμοποιούνται είναι η μείωση των θανάτων από εγκεφαλική συμφόρηση, η μείωση των βρεφικών θανάτων, η επιβίωση από τον καρκίνο και τα ποσοστά των αμβλώσεων.

Για το κριτήριο του εύρους και του φάσματος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας χρησιμοποιούνται κριτήρια, όπως η ισότητα των συστημάτων υγείας, η συμμετοχή ή μη της οδοντιατρικής φροντίδας στη δημόσια υγεία και οι ανεπίσημες πληρωμές στους γιατρούς.

Για το κριτήριο της πρόληψης χρησιμοποιούνται ορισμένοι δείκτες, όπως ο προληπτικός εμβολιασμός των μικρών παιδιών, η πίεση του αίματος, η πρόληψη του καπνίσματος, η φυσική δραστηριότητα και άσκηση και οι θάνατοι από ατυχήματα.

Τέλος, για το κριτήριο των φαρμάκων χρησιμοποιούνται δείκτες, όπως καινοτόμα φάρμακα κατά του καρκίνου με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας και η πρόσβαση σε νέα φάρμακα, στα φάρμακα για την αρθρίτιδα και στα αντιβιοτικά.

4.2.1 Euro Health Consumer Index 2006

Στον Πίνακα 4.1 εμφανίζονται τα πέντε κριτήρια (*Pentathlon*) αξιολόγησης των συστημάτων υγείας καθώς και ο συντελεστής βαρύτητας του κάθε κριτηρίου, ενώ στον Πίνακα 4.2 καταγράφονται οι βαθμολογίες των 26 χωρών της Ευρώπης ανά κριτήριο.

Πίνακας 4.1

Τα κριτήρια αξιολόγησης και ο συντελεστής βαρύτητας (2006)

Κριτήριο Αξιολόγησης	Συντελεστής Βαρύτητας
Patient rights and information	1.5
Waiting time for treatment	2.0
Outcomes	2.0
Provision levels	1.0

Πίνακας 4.2

Η βαθμολογία των συστημάτων υγείας της Ευρώπης ανά κριτήριο (2006)

	Austria	Belgium	Cyprus	Czech Republic	Denmark	Estonia	Finland	France	Germany	Greece	Hungary	Ireland	Italy	Latvia	Lithuania	Luxembourg	Malta	Netherlands	Poland	Portugal	Slovakia	Slovenia	Spain	Sweden	Switzerland	United Kingdom
Patient rights and information	18	16	18	15	23	17	23	19	17	16	19	14	14	13	16	17	15	24	17	19	14	18	15	20	18	20
Waiting time for treatment	10	15	8	9	10	6	5	15	15	7	10	5	9	10	7	15	11	11	7	8	7	8	8	7	14	6
Outcomes	11	9	10	10	10	12	16	12	12	13	7	10	13	6	8	12	10	14	10	11	9	12	12	18	14	12
Provision levels	7	6	5	5	5	5	7	8	7	6	8	4	7	6	4	7	8	6	7	4	5	7	4	8	5	5
Pharmaceuticals	9	6	7	5	7	8	7	7	9	6	7	8	7	4	4	6	5	10	5	8	6	7	9	10	9	8

Πηγή: EHCI 2006

Για την πληροφόρηση και τα δικαιώματα του ασθενή η Ολλανδία έχει τη μεγαλύτερη βαθμολογία, ενώ τη μικρότερη βαθμολογία την έχει η Λετονία.

Ως προς την προσβασιμότητα και το χρόνο αναμονής για θεραπεία τη μεγαλύτερη βαθμολογία συγκεντρώνουν το Βέλγιο, η Γαλλία, η Γερμανία και το Λουξεμβούργο, ενώ τη μικρότερη βαθμολογία η Φινλανδία και η Ιρλανδία.

Στο κριτήριο των αποτελεσμάτων η Σουηδία έχει τη μεγαλύτερη βαθμολογία, ενώ τη μικρότερη βαθμολογία την έχει η Λετονία.

Για το εύρος και το φάσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας η Γαλλία μαζί με την Ουγγαρία, τη Μάλτα και τη Σουηδία έχουν τη μεγαλύτερη βαθμολογία και τη μικρότερη βαθμολογία έχουν η Ιρλανδία, η Λιθουανία, η Πορτογαλία και η Ισπανία.

Τη μεγαλύτερη βαθμολογία στα φάρμακα έχουν η Ολλανδία και η Σουηδία, ενώ τη χαμηλότερη την έχουν η Λετονία και η Λιθουανία.

Με βάση τη βαθμολογία ανά κριτήριο, το συντελεστή βαρύτητας και τη συνολική βαθμολογία για την αξιολόγηση του συστήματος υγείας κάθε χώρας, η Γαλλία έρχεται πρώτη στην κατάταξη με 576 βαθμούς με άριστα το 750 και ακολουθούν η Ολλανδία

με 572 βαθμούς και η Γερμανία με 571 βαθμούς, ενώ τη μικρότερη βαθμολογία συγκεντρώνει η Λιθουανία με 340 βαθμούς.

Πίνακας 4.3

Γενική κατάταξη των χωρών της Ευρώπης (2006)

Κατάταξη	Χώρα	Βαθμολογία	Κατάταξη	Χώρα	Βαθμολογία
1	Γαλλία	576	14	Ουγγαρία	453
2	Ολλανδία	572	15	Ηνωμένο Βασίλειο	436
3	Γερμανία	571	16	Πορτογαλία	435
4	Σουηδία	566	17	Ισπανία	434
5	Ελβετία	563	17	Ελλάδα	434
6	Λουξεμβούργο	546	19	Κύπρος	422
7	Βέλγιο	533	20	Εσθονία	421
8	Αυστρία	498	21	Πολωνία	409
9	Φιλανδία	496	22	Τσεχία	403
10	Δανία	473	23	Σλοβακία	369
11	Ιταλία	471	24	Λετονία	365
12	Σλοβενία	466	25	Ιρλανδία	359
13	Μάλτα	463	26	Λιθουανία	340

Πηγή: EHCI 2006

Πίνακας 4.4

Γενική κατάταξη των χωρών της Ευρώπης με βάση το προσαρμοσμένο αποτέλεσμα του BFB (2006)

Κατάταξη	Χώρα	Κατάταξη	Χώρα
1	Σλοβενία	14	Ελβετία
2	Εσθονία	15	Λουξεμβούργο
3	Ουγγαρία	16	Σλοβακία
4	Πολωνία	17	Ιταλία
5	Σουηδία	18	Πορτογαλία
6	Ολλανδία	19	Δανία
7	Γαλλία	20	Βέλγιο
8	Φιλανδία	21	Ισπανία
9	Γερμανία	22	Ηνωμένο Βασίλειο
10	Αυστρία	23	Τσεχία
11	Λετονία	24	Ελλάδα
12	Κύπρος	25	Λιθουανία
13	Μάλτα	26	Ιρλανδία

Πηγή: EHCI 2006

Τέλος, στον Πίνακα 4.4 φαίνεται η κατάταξη των χωρών σχετικά με το *value for money* στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στην Ευρώπη για το 2006 και συγκεκριμένα με βάση το προσαρμοσμένο αποτέλεσμα του *BFB (bang for the buck)*.

4.2.2 Euro Health Consumer Index 2008

Στο *Euro Health Consumer Index 2008* τα κριτήρια αξιολόγησης των συστημάτων υγείας από πέντε αυξήθηκαν σε έξι (*Hexathlon*), τα οποία εμφανίζονται στον Πίνακα 4.5 μαζί με το συντελεστή βαρύτητας του κάθε κριτηρίου.

Πίνακας 4.5

Τα κριτήρια αξιολόγησης και ο συντελεστής βαρύτητας (2008)

Κριτήριο Αξιολόγησης	Συντελεστής Βαρύτητας
Patient rights and information	1.5
e-Health	1.0
Waiting time for treatment	2.0
Outcomes	2.5
Range and reach of services provided	1.5
Pharmaceuticals	1.5

Πηγή: EHCI 2008

Πίνακας 4.6

Η βαθμολογία των συστημάτων υγείας της Ευρώπης ανά κριτήριο (2008)

Sub-discipline	Austria	Belgium	Bulgaria	Croatia	Cyprus	Czech Republic	Denmark	Estonia	Finland	France	FYR Macedonia	Germany	Greece	Hungary	Ireland	Italy	Latvia	Lithuania	Luxembourg	Malta	Netherlands	Norway	Poland	Portugal	Romania	Slovakia	Slovenia	Spain	Sweden	Switzerland	United Kingdom	Average
1. Patient rights and information	100	106	88	94	88	81	144	125	131	113	88	100	100	119	88	100	56	131	106	94	125	106	94	63	81	94	119	75	100	100	94	100
2. e-Health	50	42	50	33	50	42	100	50	58	50	50	50	33	58	42	42	33	33	42	33	92	75	33	42	33	42	50	50	75	50	92	51
3. Waiting time for treatment	173	173	133	93	120	147	120	147	80	133	93	187	133	160	107	120	67	120	187	107	133	107	107	80	160	133	80	93	80	187	93	124
4. Outcomes	202	131	107	119	143	179	214	143	214	190	107	190	179	131	190	190	143	119	190	119	214	202	131	131	71	95	167	179	238	167	155	160
5. Range and reach of services provided	108	133	58	75	75	92	117	92	133	108	75	100	67	92	92	100	100	67	133	92	150	117	83	92	67	92	92	117	125	83	117	98
6. Pharmaceuticals	150	75	50	50	88	100	125	113	88	100	50	113	88	88	125	88	50	50	100	88	125	100	63	100	75	100	75	125	125	125	100	93

Πηγή: EHCI 2008

Πίνακας 4.7

Οι χώρες με τη μεγαλύτερη βαθμολογία ανά κριτήριο (2008)

Sub-discipline	Top country/countries	Score	Maximum score
1. Patient rights and information	Denmark	144	150
2. e-Health	Denmark	100!	100
3. Waiting time for treatment	Germany, Luxembourg, Switzerland	187	200
4. Outcomes	Sweden	238	250
5. Range and reach of services provided	Netherlands	150!	150
6. Pharmaceuticals	Austria	150!	150

Πηγή: EHCI 2008

Πίνακας 4.8

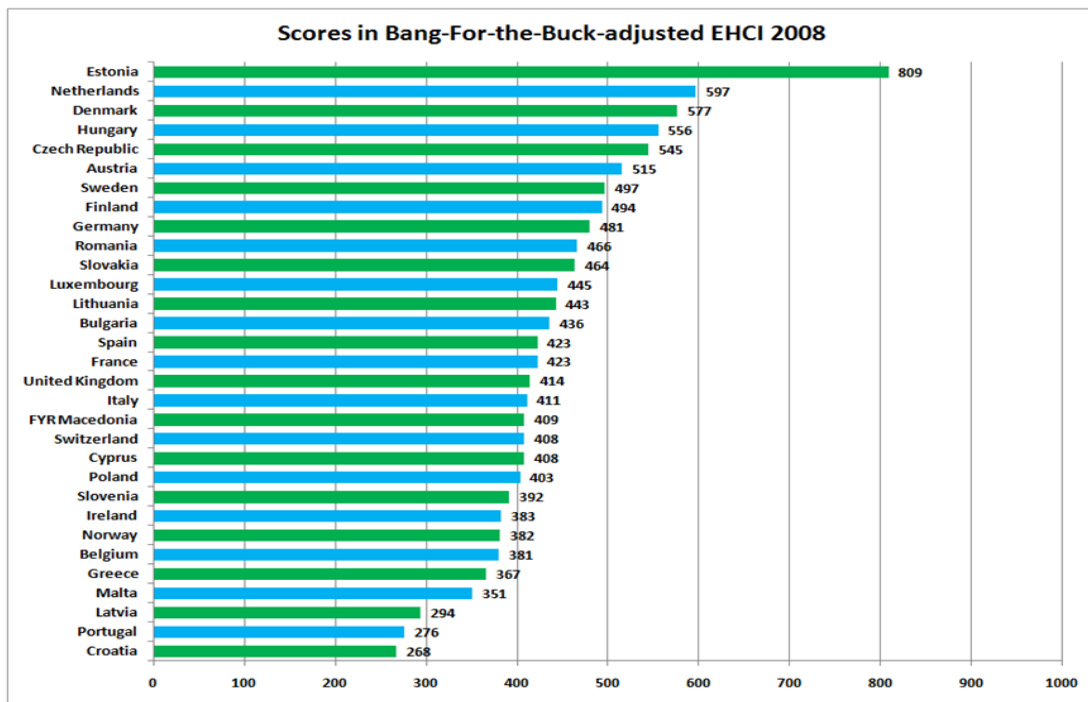
Γενική κατάταξη των χωρών της Ευρώπης και οι αλλαγές στη βαθμολογία (2008)

EURO HEALTH CONSUMER INDEX 2008 AT A GLANCE:								
Rank	Country	Change	Rank	Country	Change	Rank	Country	Change
1	Netherlands	+1	11	Estonia	+1	22	Slovakia	+1
2	Denmark	+7	12	Belgium	-2	23	Malta	-3
3	Austria	- 2	13	UK	+4	24	Lithuania	+2
4	Luxembourg	+7	14	Hungary	+10	25	Poland	+2
5	Sweden	+1	15	Ireland	+1	26	Portugal	-7
6	Germany	-1	16	Czech Republic	-1	27	Romania	-2
7	Switzerland	-3	18	Italy	+2	28	Bulgaria	-
8	Norway	-1	19	Spain	-4	29	Croatia	N/A
9	Finland	-1	20	Greece	+3	30	FYROM	N/A
10	France	-7	21	Slovenia	+1	31	Latvia	-2
				Cyprus	-8			

Πηγή: EHCI 2008

Όπως παρατηρούμε στον Πίνακα 4.8, για το 2008 ,με βάση, πλέον, τα έξι κριτήρια έχει αλλάξει η ιεράρχηση των χωρών, αφού κάποιες χώρες βελτίωσαν τη βαθμολογία τους, ενώ κάποιες άλλες χώρες την χειροτέρευσαν. Έτσι, η Γαλλία από την πρώτη θέση το 2006 μεταπήδησε στη δέκατη θέση, η Ολλανδία από δεύτερη πήγε στην πρώτη και η Δανία από δέκατη ανέβηκε στη δεύτερη.

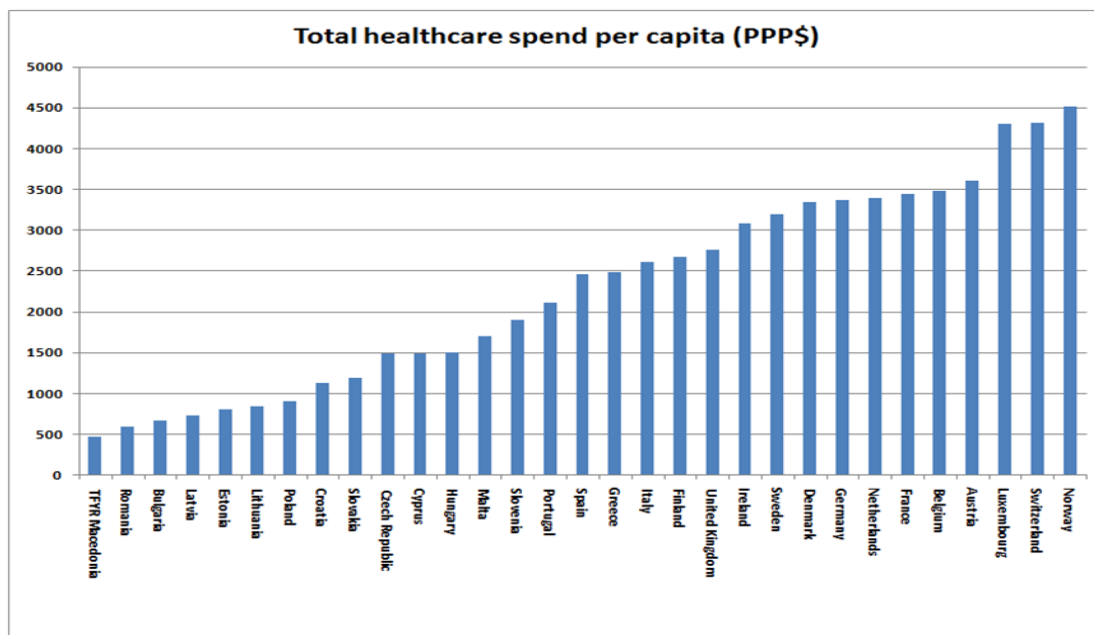
Στο Διάγραμμα 4.1 εμφανίζεται η κατάταξη των χωρών με βάση το προσαρμοσμένο αποτέλεσμα του *BFB* (*bang for the buck-index*).



Πηγή: EHCI 2008

Διάγραμμα 4.1

Βαθμολογία και κατάταξη των χωρών της Ευρώπης με βάση το προσαρμοσμένο αποτέλεσμα του BFB (2008)



Πηγή: EHCI 2008

Διάγραμμα 4.2

Η συνολική δαπάνη κατ' άτομο για την υγεία σε δολάρια για το 2008 (PPP)

Τέλος, στο διάγραμμα 4.2 γίνεται η κατάταξη των χωρών με βάση τη δαπάνη κατ' άτομο για την υγεία σε δολάρια PPP.

4.2.3 Euro Health Consumer Index 2009

Στους Πίνακες 4.9, 4.10 και 4.11 φαίνονται τα έξι κριτήρια (*Hexathlon*) αξιολόγησης των συστημάτων υγείας μαζί με το συντελεστή βαρύτητας του κάθε κριτηρίου, οι βαθμολογίες των 33 χωρών ανά κριτήριο αξιολόγησης, καθώς επίσης και οι χώρες που συγκεντρώνουν την υψηλότερη βαθμολογία σε κάθε κριτήριο.

Πίνακας 4.9

Τα κριτήρια αξιολόγησης και ο συντελεστής βαρύτητας (2009)

Κριτήριο Αξιολόγησης	Συντελεστής Βαρύτητας
Patient rights and information	1.75
e-Health	0.75
Waiting time for treatment	2.00
Outcomes	2.50
Range and reach of services provided	1.50
Pharmaceuticals	1.50

Πηγή: EHCI 2009

Πίνακας 4.10

Η βαθμολογία των συστημάτων υγείας της Ευρώπης ανά κριτήριο (2009)

Sub-discipline	Albania	Austria	Belgium	Bulgaria	Croatia	Cyprus	Czech Republic	Denmark	Estonia	Finland	France	FYR Macedonia	Germany	Greece	Hungary	Iceland	Ireland	Italy	Latvia	Lithuania	Luxembourg	Malta	Netherlands	Norway	Poland	Portugal	Romania	Slovakia	Slovenia	Spain	Sweden	Switzerland	United Kingdom
1. Patient rights and information	117	149	130	84	117	110	84	175	130	143	143	110	123	84	136	143	110	110	91	136	136	97	162	136	117	110	91	104	149	84	117	136	123
2. e-Health	29	50	38	42	54	38	38	63	46	50	33	50	38	25	46	54	42	33	29	38	38	29	63	50	38	67	25	29	38	42	54	46	54
3. Waiting times	187	173	187	120	120	160	133	120	120	93	173	160	187	147	147	173	120	120	120	120	173	120	147	107	107	80	120	133	120	93	93	187	80
4. Outcomes	95	190	155	95	143	155	190	202	143	226	202	107	214	190	119	226	202	214	131	131	202	131	226	226	131	131	107	95	155	179	250	214	179
5. Range and reach of services	64	107	136	57	93	100	121	121	100	121	114	86	100	79	86	114	114	93	79	71	136	100	129	121	86	107	71	86	107	107	136	93	121
6. Pharmaceuticals	50	125	88	50	100	75	100	138	100	88	113	63	125	75	100	100	113	100	63	50	75	88	138	100	88	100	75	113	100	125	113	113	125
Total score	542	795	732	448	627	637	667	819	638	721	778	576	787	600	633	811	701	671	512	546	777	565	863	740	565	632	489	560	668	630	762	788	682
Rank	30	4	11	33	23	19	17	2	18	12	7	25	6	24	20	3	13	15	31	29	8	26	1	10	26	21	32	28	16	22	9	5	14

Πηγή: EHCI 2009

Πίνακας 4.11

Οι χώρες με τη μεγαλύτερη βαθμολογία ανά κριτήριο (2009)

Sub-discipline	Top country/countries	Score	Maximum score
1. Patient rights and information	Denmark	175!	175
2. e-Health	Portugal	67	75
3. Waiting time for treatment	Albania, Belgium, Germany, Switzerland	187	200
4. Outcomes	Sweden	250!	250
5. Range and reach of services	Belgium, Luxembourg, Sweden	137	150
6. Pharmaceuticals	Denmark, Netherlands	138	150

Πηγή: EHCI 2009

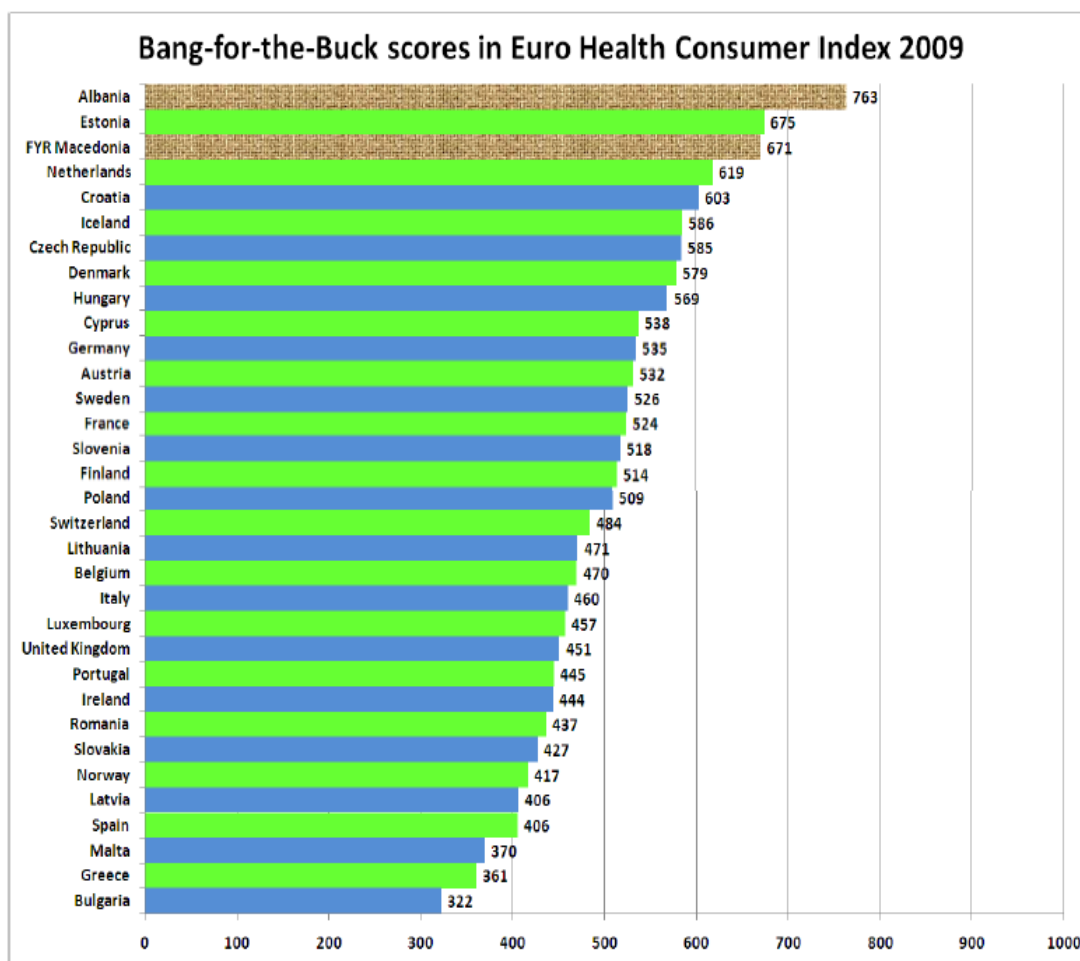
Πίνακας 4.12 (2009)

Γενική κατάταξη των χωρών της Ευρώπης και οι αλλαγές στη βαθμολογία

EURO HEALTH CONSUMER INDEX 2009 AT A GLANCE:								
Rank	Country	Change	Rank	Country	Change	Rank	Country	Change
1	Netherlands	-	12	Finland	-3	23	Croatia	+6
2	Denmark	-	13	Ireland	+2	24	Greece	-5
3	Iceland	N/A	14	UK	-1	25	FYROM	+5
4	Austria	- 1	15	Italy	+1	26	Malta	-3
5	Switzerland	+2	16	Slovenia	+4	26	Poland	-1
6	Germany	-	17	Czech Republic	-1	28	Slovakia	-6
7	France	+3	18	Estonia	-7	29	Lithuania	-5
8	Sweden	-3	19	Cyprus	+2	30	Albania	N/A
9	Luxembourg	-5	20	Hungary	-6	31	Latvia	-
10	Norway	-2	21	Portugal	+5	32	Romania	-5
11	Belgium	+1	22	Spain	-4	32	Bulgaria	-5

Πηγή: EHCI 2009

Όπως παρατηρούμε στον Πίνακα 4.12, όπου φαίνεται η ιεράρχηση των χωρών, με βάση τη συνολική βαθμολογία που έχει συγκεντρώσει κάθε χώρα, η Ολλανδία και η Δανία διατηρούν την πρώτη και δεύτερη θέση αντίστοιχα, τις οποίες κατείχαν και το 2008. Τη μεγαλύτερη βελτίωση στην ιεράρχηση παρουσίασαν η Κροατία, τα Σκόπια και η Πορτογαλία, ενώ τη μεγαλύτερη επιδείνωση έχουν η Εσθονία, η Σλοβακία και η Ουγγαρία.



Πηγή: EHCI 2009

Διάγραμμα 4.3

Βαθμολογία και κατάταξη των χωρών της Ευρώπης με βάση το προσαρμοσμένο αποτέλεσμα του BFB (2009)

Τέλος, στο Διάγραμμα 4.3 εμφανίζεται η κατάταξη των χωρών με βάση το προσαρμοσμένο αποτέλεσμα του *BFB* (*bang for the buck-index*).

4.2.4 Euro Health Consumer Index 2012

Τα πέντε κριτήρια (*Pentathlon*) αξιολόγησης των συστημάτων υγείας εμφανίζονται στον Πίνακα 4.13 μαζί με το συντελεστή βαρύτητας του κάθε κριτηρίου, στον Πίνακα 4.14 καταγράφονται οι βαθμολογίες των 34 χωρών ανά κριτήριο αξιολόγησης, ενώ στον Πίνακα 4.15 φαίνονται οι χώρες που συγκεντρώνουν την υψηλότερη βαθμολογία σε κάθε κριτήριο.

Πίνακας 4.13

Τα κριτήρια αξιολόγησης και ο συντελεστής βαρύτητας (2012)

Κριτήριο Αξιολόγησης	Συντελεστής Βαρύτητας
Patient rights and information	1.75
Waiting time for treatment	2.50
Outcomes	3.00
Prevention/ Range and reach of services provided	1.75
Pharmaceuticals	1.00

Πηγή: EHCI 2012

Πίνακας 4.14

Η βαθμολογία των συστημάτων υγείας της Ευρώπης ανά κριτήριο και συνολικά (2012)

Sub-discipline	Albania	Austria	Belgium	Bulgaria	Croatia	Cyprus	Czech Republic	Denmark	Estonia	Finland	France	FYR Macedonia	Germany	Greece	Hungary	Iceland	Ireland	Italy	Latvia	Lithuania	Luxembourg	Malta	Netherlands	Norway	Poland	Portugal	Romania	Serbia	Slovakia	Slovenia	Spain	Sweden	Switzerland	United Kingdom
1. Patient rights and information	102	141	117	88	146	112	107	175	141	131	136	112	117	88	122	146	107	131	107	131	112	88	170	160	126	126	88	102	122	112	102	141	126	160
2. Accessibility	217	217	233	133	133	183	183	167	167	133	167	183	200	200	167	183	150	133	117	183	233	183	200	83	117	117	167	117	200	133	100	100	233	133
3. Outcomes	113	188	213	138	200	188	225	250	175	250	238	113	200	175	138	263	238	213	138	138	250	163	263	300	188	163	100	113	188	213	213	300	213	200
4. Prevention/ Range and reach of services provided	70	111	140	64	128	88	117	140	123	152	140	82	111	88	99	146	134	93	88	99	134	128	163	146	99	117	88	82	99	99	117	158	111	146
5. Pharmaceuticals	33	81	81	33	48	57	62	90	48	86	86	38	76	67	52	62	86	52	43	33	62	48	76	67	48	67	48	38	67	81	71	76	86	81
Total score	535	737	783	456	655	627	694	822	653	752	766	527	704	617	577	799	714	623	491	585	791	609	872	756	577	589	489	451	675	638	603	775	769	721
Rank	29	11	5	33	17	20	15	2	18	10	8	30	14	22	28	3	13	21	31	26	4	26	1	9	27	25	32	34	16	19	24	6	7	12

Πηγή: EHCI 2012

Πίνακας 4.15

Οι χώρες με τη μεγαλύτερη βαθμολογία ανά κριτήριο (2012)

Sub-discipline	Top country/countries	Score	Maximum score
1. Patient rights and information	Denmark	175!	175
2. Waiting time for treatment	Belgium, Luxembourg, Switzerland	233	250
3. Outcomes	Norway, Sweden	300!	300
4. Range and reach of services	Netherlands	163	175
5. Pharmaceuticals	Denmark	90	100

Πηγή: EHCI 2012

Παρατηρούμε ότι στο κριτήριο της πληροφόρησης και τα δικαιώματα του ασθενή τη μεγαλύτερη βαθμολογία συγκεντρώνει η Δανία, ενώ τη μικρότερη η Βουλγαρία, η Μάλτα, η Ρουμανία και η Ελλάδα.

Ως προς το κριτήριο της προσβασιμότητας και του χρόνου αναμονής για θεραπεία τη μεγαλύτερη βαθμολογία συγκεντρώνουν το Βέλγιο, το Λουξεμβούργο και η Ελβετία, ενώ τη μικρότερη βαθμολογία η Νορβηγία.

Στο κριτήριο των αποτελεσμάτων την υψηλότερη βαθμολογία συγκεντρώνει η Νορβηγία και η Σουηδία, ενώ τη χαμηλότερη η Ρουμανία.

Για το εύρος και το φάσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και για την πρόληψη η Ολλανδία έχει την υψηλότερη βαθμολογία, ενώ τη χαμηλότερη βαθμολογία έχει η Βουλγαρία.

Ενώ ως προς το κριτήριο των φαρμάκων η Δανία συγκεντρώνει την υψηλότερη βαθμολογία, ενώ τη χαμηλότερη βαθμολογία έχουν η Αλβανία, η Βουλγαρία και η Λιθουανία.

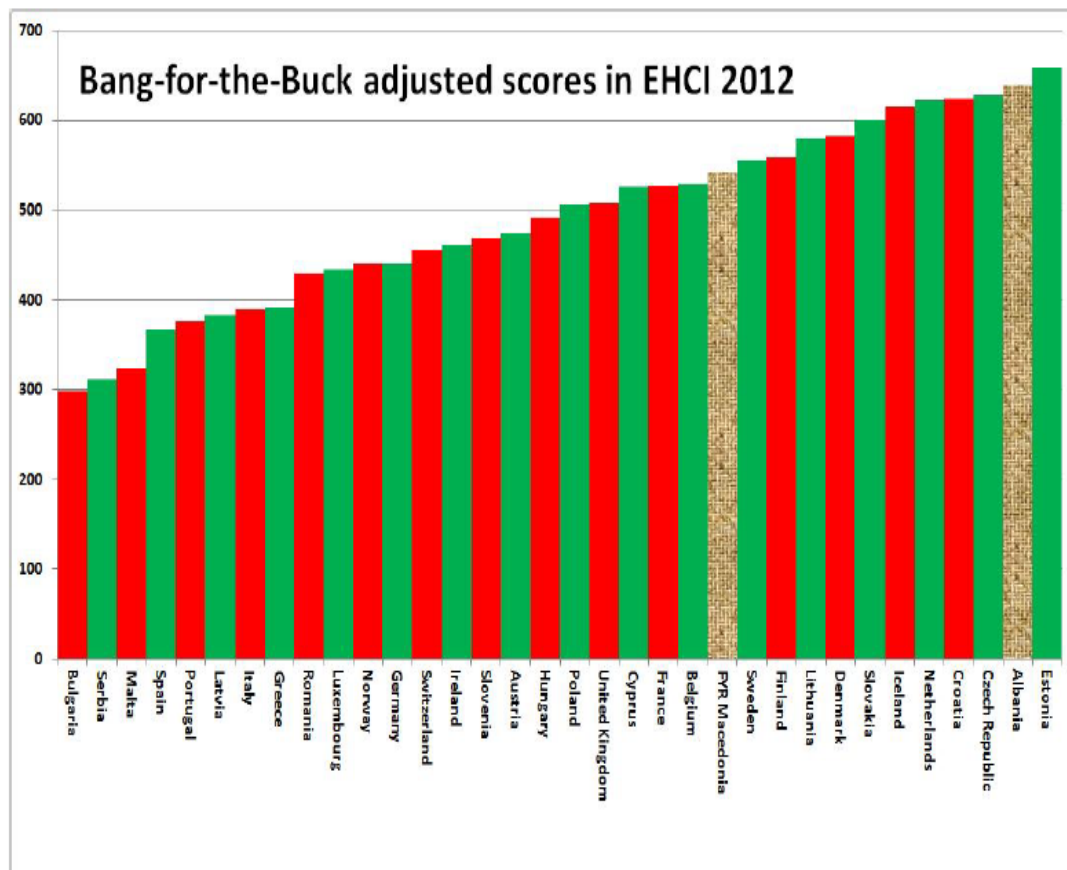
Πίνακα 4.16

Γενική κατάταξη των χωρών της Ευρώπης το 2012 σε σύγκριση με το 2009

Κατάταξη (2012)	Χώρα	Βαθμολογία	Κατάταξη (2009)
1	Ολλανδία	872	1
2	Δανία	822	2
3	Ισλανδία	799	3
4	Λουξεμβούργο	791	9
5	Βέλγιο	783	11
6	Σουηδία	775	8
7	Ελβετία	769	5
8	Γαλλία	766	7
9	Νορβηγία	756	10
10	Φιλανδία	752	12
11	Αυστρία	737	4
12	Ηνωμένο Βασίλειο	721	14
13	Ιρλανδία	714	13
14	Γερμανία	704	6
15	Τσεχία	694	17
16	Σλοβακία	675	28
17	Κροατία	655	23
18	Εσθονία	653	18
19	Σλοβενία	638	16

20	Κύπρος	627	19
21	Ιταλία	623	15
22	Ελλάδα	617	24
23	Μάλτα	609	26
24	Ισπανία	603	22
25	Πορτογαλία	589	21
26	Λιθουανία	585	29
27	Πολωνία	577	26
27	Ουγγαρία	577	20
29	Αλβανία	535	30
30	Σκόπια (FYROM)	527	25
31	Λετονία	491	31
32	Ρουμανία	489	32
33	Βουλγαρία	456	32
34	Σερβία	451	-

Πηγή: EHCI 2012

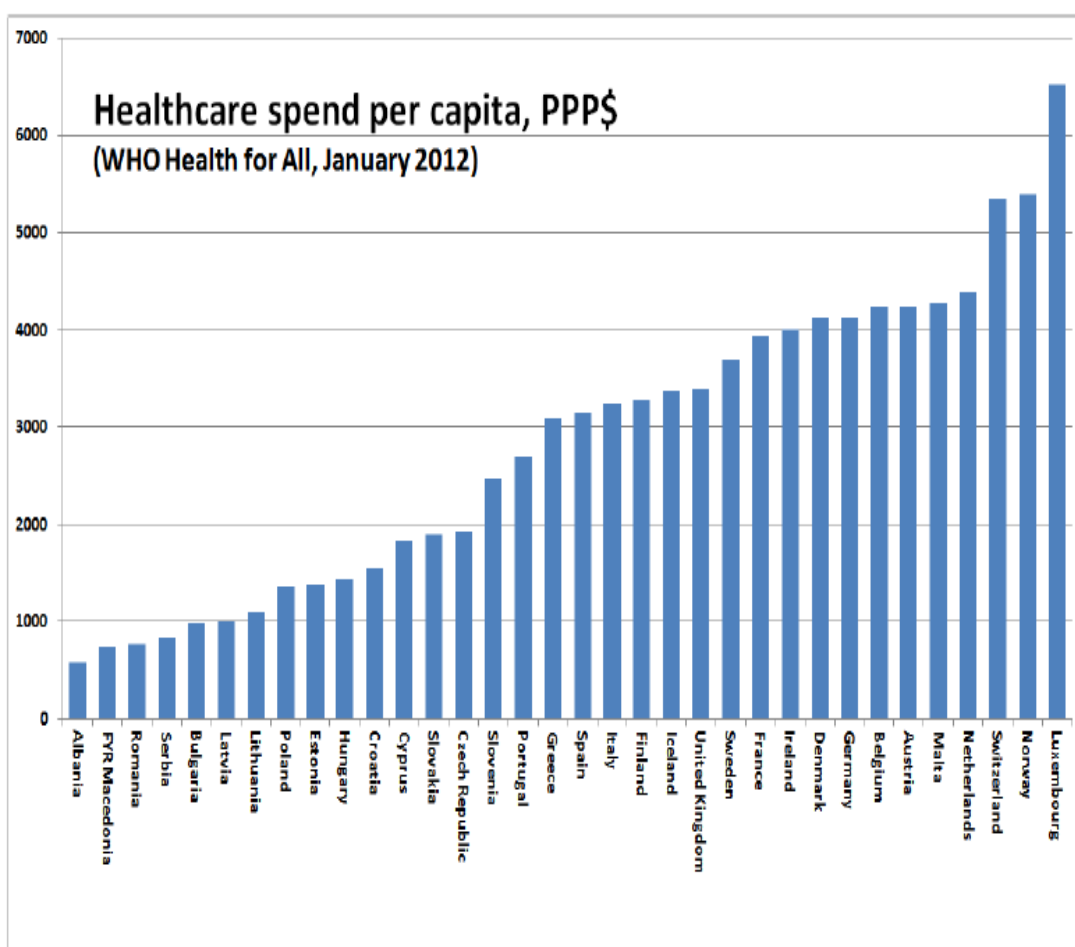


Πηγή: EHCI 2012

Διάγραμμα 4.4

Βαθμολογία και κατάταξη των χωρών της Ευρώπης με βάση το προσαρμοσμένο αποτέλεσμα του BFB (2012)

Με βάση τη συνολική βαθμολογία για την αξιολόγηση του συστήματος υγείας κάθε χώρας η Ολλανδία έρχεται πρώτη και ακολουθούν η Δανία και η Ισλανδία. Σε σύγκριση με την αντίστοιχη έρευνα του 2009 ως προς την τελική βαθμολογία των χωρών, όπως φαίνεται στον Πίνακα 4.16, οι χώρες που βελτιώνουν αισθητά τη θέση τους είναι το Λουξεμβούργο, το Βέλγιο και η Σλοβακία, ενώ οι χώρες των οποίων επιδεινώθηκε σημαντικά η θέση τους είναι η Ιταλία, η Αυστρία, η Ουγγαρία και η Γερμανία.



Πηγή: EHCI 2012

Διάγραμμα 4.5

Η συνολική δαπάνη κατ' άτομο για την υγεία σε δολάρια για το 2012 (PPP)

Τέλος, στο Διάγραμμα 4.4 εμφανίζεται η κατάταξη των χωρών με βάση το προσαρμοσμένο αποτέλεσμα του *BFB* (*bang for the buck-index*), ενώ στο διάγραμμα 4.5 γίνεται η κατάταξη των χωρών με βάση τη δαπάνη κατ' άτομο για την υγεία σε δολάρια *PPP*.

4.2.5 Euro Health Consumer Index 2013

Στον Πίνακα 4.17 εμφανίζονται τα έξι κριτήρια (*Hexathlon*) αξιολόγησης των συστημάτων υγείας μαζί με το συντελεστή βαρύτητας του κάθε κριτηρίου, στον Πίνακα 4.18 εμφανίζεται η κατάταξη των 35 χωρών ανά κριτήριο, ενώ στον Πίνακα 4.19 φαίνονται οι χώρες που συγκεντρώνουν την υψηλότερη βαθμολογία σε κάθε κριτήριο.

Πίνακας 4.17

Τα κριτήρια αξιολόγησης και ο συντελεστής βαρύτητας (2013)

Κριτήριο Αξιολόγησης	Συντελεστής Βαρύτητας
Patient rights and information	1.50
Waiting time for treatment	2.25
Outcomes	2.50
Range and reach of services provided	1.50
Prevention	1.25
Pharmaceuticals	1.00

Πηγή: EHCI 2013

Πίνακας 4.18

Η βαθμολογία των συστημάτων υγείας της Ευρώπης ανά κριτήριο και συνολικά (2013)

Sub-discipline	Albania	Austria	Belgium	Bulgaria	Croatia	Cyprus	Czech Republic	Denmark	Estonia	Finland	France	FYR Macedonia	Germany	Greece	Hungary	Iceland	Ireland	Italy	Latvia	Lithuania	Luxembourg	Malta	Netherlands	Norway	Poland	Portugal	Romania	Serbia	Slovakia	Slovenia	Spain	Sweden	Switzerland	UK England	UK Scotland
1. Patient rights and Information	83	117	92	88	121	75	79	142	129	117	117	92	125	71	96	125	92	104	100	121	96	75	142	138	83	117	92	79	113	108	92	117	113	129	129
2. Accessibility (waiting times for treatment)	200	200	225	175	138	138	175	163	125	125	188	163	200	138	138	150	138	138	100	150	200	125	188	125	125	113	125	100	175	125	113	100	225	125	138
3. Outcomes	107	167	179	95	155	155	179	214	155	226	190	107	202	155	107	250	179	179	107	143	190	119	226	238	119	167	83	83	143	190	179	226	226	167	179
4. Range and reach of services provided	50	113	131	50	113	75	106	138	106	125	113	69	100	69	75	131	113	75	69	81	131	119	150	138	69	100	63	69	75	88	125	138	113	131	119
5. Prevention	68	73	99	68	73	78	73	83	52	99	94	78	78	83	73	104	94	99	78	63	109	78	89	99	68	104	73	63	68	83	94	104	94	99	89
6. Pharmaceuticals	33	81	71	52	57	62	71	76	57	81	76	38	90	52	57	57	76	57	62	57	67	43	76	76	57	71	43	57	76	71	62	71	81	67	67
Total Score	542	750	797	528	656	582	683	815	624	773	777	546	796	568	546	818	690	651	516	615	794	559	870	813	521	671	478	451	649	666	663	756	851	718	719
Rank	29	12	6	30	19	24	15	4	22	10	9	27	7	25	28	3	14	20	32	23	8	26	1	5	31	16	33	34	21	17	18	11	2	13	13

Πηγή: EHCI 2013

Πίνακας 4.19

Οι χώρες με τη μεγαλύτερη βαθμολογία ανά κριτήριο (2013)

Sub-discipline	Top country/countries	Score	Maximum score
1. Patient rights and information	Denmark, Netherlands	142	150
2. Waiting time for treatment	Belgium, Switzerland	225!	225
3. Outcomes	Iceland	250!	250
4. Range and reach of services	Netherlands	150!	150
5. Prevention	Luxembourg	109	125
6. Pharmaceuticals	Germany	90	100

Πηγή: EHCI 2013

Στο κριτήριο της πληροφόρησης και των δικαιωμάτων του ασθενή τη μεγαλύτερη βαθμολογία συγκεντρώνουν η Δανία και η Ολλανδία, ενώ τη μικρότερη η Ελλάδα.

Με βάση το κριτήριο της προσβασιμότητας και του χρόνου αναμονής για θεραπεία τη μεγαλύτερη βαθμολογία συγκεντρώνουν το Βέλγιο και η Ελβετία, ενώ τη χαμηλότερη βαθμολογία η Λετονία, η Σερβία και η Σουηδία.

Όσον αφορά το κριτήριο των αποτελεσμάτων η Ισλανδία έχει την υψηλότερη βαθμολογία, ενώ τη χαμηλότερη βαθμολογία έχουν η Ρουμανία και η Σερβία.

Για το εύρος και το φάσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας τη μεγαλύτερη βαθμολογία έχει η Ολλανδία, ενώ τη μικρότερη βαθμολογία την έχουν η Αλβανία και η Βουλγαρία.

Με βάση το κριτήριο της πρόληψης το Λουξεμβούργο έχει την υψηλότερη βαθμολογία, ενώ τη χαμηλότερη βαθμολογία την έχει η Εσθονία.

Στο κριτήριο των φαρμάκων την υψηλότερη βαθμολογία την κατέχει η Γερμανία, ενώ τη χαμηλότερη βαθμολογία η Αλβανία.

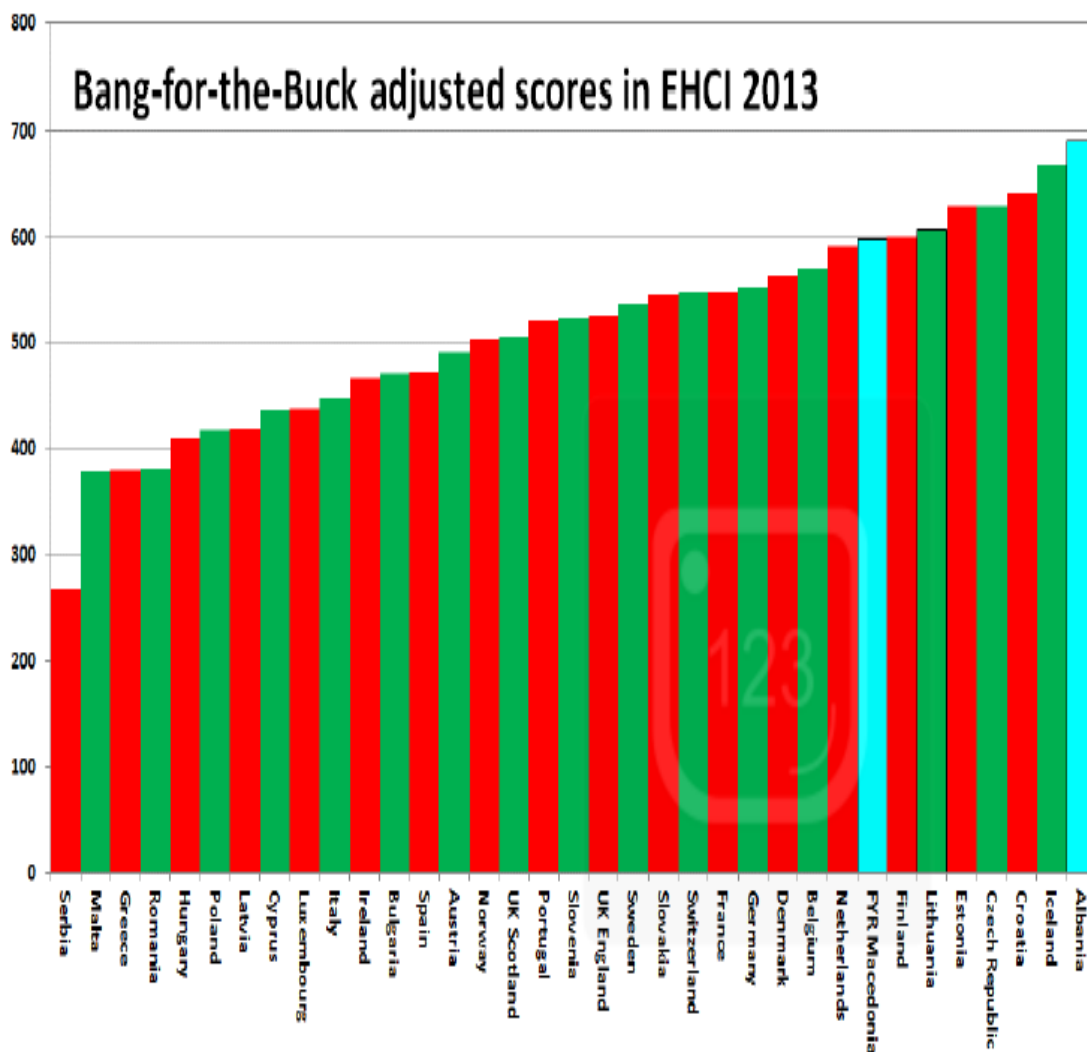
Στη γενική βαθμολογία η Ελβετία, η Ισπανία, η Πορτογαλία και η Γερμανία βελτίωσαν σημαντικά τη θέση τους το 2013 σε σύγκριση με το 2012, όπως φαίνεται στον Πίνακα 4.20, απεναντίας, η Κύπρος, η Εσθονία, η Σουηδία και η Σλοβακία χειροτέρεψαν αισθητά τη θέση τους.

Πίνακας 4.20

Γενική κατάταξη των χωρών της Ευρώπης το 2013 σε σύγκριση με το 2012

Κατάταξη (2013)	Χώρα	Βαθμολογία	Κατάταξη (2012)
1	Ολλανδία	870	1
2	Ελβετία	851	7
3	Ισλανδία	818	3
4	Δανία	815	2
5	Νορβηγία	813	9
6	Βέλγιο	797	5
7	Γερμανία	796	14
8	Λουξεμβούργο	794	4
9	Γαλλία	777	8
10	Φιλανδία	773	10
11	Σουηδία	756	6
12	Αυστρία	750	11
13	Σκωτία	719	12
14	Αγγλία	718	12
15	Ιρλανδία	690	13
16	Τσεχία	683	15
17	Πορτογαλία	671	25
18	Σλοβενία	666	19
19	Ισπανία	663	24
20	Κροατία	656	17
21	Ιταλία	651	21
22	Σλοβακία	649	16
23	Εσθονία	624	18
24	Λιθουανία	615	26
25	Κύπρος	582	20
26	Ελλάδα	568	22
27	Μάλτα	559	23
28	Σκόπια	546	30
28	Ουγγαρία	546	27
30	Αλβανία	542	29
31	Βουλγαρία	528	33
32	Πολωνία	521	27
33	Λετονία	516	31
34	Ρουμανία	478	32
35	Σερβία	451	34

Πηγή: EHCI 2013



Πηγή: EHCI 2013

Διάγραμμα 4.6

Βαθμολογία και κατάταξη των χωρών της Ευρώπης με βάση το προσαρμοσμένο αποτέλεσμα του BFB (2013)

Τέλος, στο Διάγραμμα 4.6 εμφανίζεται η κατάταξη των χωρών με βάση το προσαρμοσμένο αποτέλεσμα του *BFB* (*bang for the buck-index*).

4.2.6 Euro Health Consumer Index 2014

Το 2014 τα κριτήρια αξιολόγησης των συστημάτων υγείας παραμένουν έξι (*Hexathlon*), τα οποία εμφανίζονται στον Πίνακα 4.21 μαζί με το συντελεστή βαρύτητας του κάθε κριτηρίου.

Πίνακας 4.21

Τα κριτήρια αξιολόγησης και ο συντελεστής βαρύτητας (2014)

Κριτήριο Αξιολόγησης	Συντελεστής Βαρύτητας
Patient rights and information	1.50
Waiting time for treatment	2.25
Outcomes	2.50
Range and reach of services provided	1.50
Prevention	1.25
Pharmaceuticals	1.00

Πηγή: EHCI 2014

Πίνακας 4.22

Η βαθμολογία των συστημάτων υγείας της Ευρώπης ανά κριτήριο και συνολικά (2014)

Sub-discipline	Albania	Austria	Belgium	Bosnia Herzegovina	Bulgaria	Croatia	Cyprus	Czech Republic	Denmark	Estonia	Finland	France	FYR Macedonia	Germany	Greece	Hungary	Iceland	Ireland	Italy	Latvia	Lithuania	Luxembourg	Malta	Montenegro	Netherlands	Norway	Poland	Portugal	Romania	Serbia	Slovakia	Slovenia	Spain	Sweden	Switzerland	UK England	UK Scotland
1. Patient rights and information	92	125	100	54	79	104	83	100	142	121	133	117	138	121	58	96	138	83	104	113	104	108	88	71	146	142	96	133	83	83	113	96	96	117	117	129	108
2. Accessibility	200	200	225	75	163	163	150	175	200	150	175	175	213	188	138	163	163	88	138	150	100	188	125	113	188	138	100	163	100	113	175	113	100	88	225	100	125
3. Outcomes	104	177	198	115	125	156	177	177	198	177	219	198	104	229	156	115	229	198	167	125	125	219	115	125	240	240	104	188	83	83	135	198	188	219	229	177	177
4. Range and reach of services	50	119	138	69	56	100	75	119	131	119	138	113	94	94	69	88	125	100	88	81	81	131	113	56	150	144	88	94	63	69	88	106	113	150	113	131	125
5. Prevention	65	83	83	60	71	60	71	71	89	54	95	89	95	95	83	83	107	89	95	71	48	101	95	65	89	107	71	83	71	77	83	89	107	107	95	95	89
6. Pharmaceuticals	33	76	76	48	52	57	62	71	76	57	86	71	57	86	57	57	57	86	57	52	52	67	48	33	86	81	52	62	52	48	71	67	67	81	76	86	86
Total score	545	780	820	420	547	640	619	714	836	677	846	763	700	812	561	601	818	644	648	593	510	814	582	463	898	851	511	722	453	473	665	668	670	761	855	718	710
Rank	30	10	6	36	29	23	24	15	5	17	4	11	16	9	28	25	7	22	21	26	32	8	27	34	1	3	31	13	35	33	20	19	18	12	2	14	16

Πηγή: EHCI 2014

Πίνακας 4.23

Οι χώρες με τη μεγαλύτερη βαθμολογία ανά κριτήριο (2014)

Sub-discipline	Top country/countries	Score	Maximum score
1. Patient rights and information	Netherlands	146	150
2. Accessibility	Belgium, Switzerland	225!	225
3. Outcomes	Netherlands, Norway	240	250
4. Range and reach of services	Netherlands, Sweden	150!	150
5. Prevention	Iceland, Norway, Spain, Sweden	107	125
6. Pharmaceuticals	Finland, Germany, Ireland, Netherlands, UK England and Scotland	86	100

Πηγή: EHCI 2014

Σύμφωνα με τους Πίνακες 4.22 και 4.23 η Ολλανδία διατηρεί την πρώτη θέση μεταξύ των 37 χωρών της Ευρώπης στη γενική κατάταξη, επίσης συγκεντρώνει την υψηλότερη βαθμολογία στα τέσσερα από τα έξι κριτήρια. Με βάση το κριτήριο της πληροφόρησης και των δικαιωμάτων του ασθενή τη μεγαλύτερη βαθμολογία κατέχει η Ολλανδία, ενώ τη μικρότερη η Βοσνία. Στο κριτήριο της προσβασιμότητας και του χρόνου αναμονής για θεραπεία τη μεγαλύτερη βαθμολογία έχουν το Βέλγιο και η Ελβετία και τη χαμηλότερη η Βοσνία.

Ως προς το κριτήριο των αποτελεσμάτων τη μεγαλύτερη βαθμολογία έχουν η Ολλανδία και η Νορβηγία και τη μικρότερη η Ρουμανία και η Σερβία. Για το εύρος και το φάσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας η Ολλανδία μαζί με τη Σουηδία συγκεντρώνουν την υψηλότερη βαθμολογία, ενώ η Αλβανία συγκεντρώνει τη χαμηλότερη βαθμολογία. Στο κριτήριο της πρόληψης η Ισλανδία, η Νορβηγία, η Ισπανία και η Σουηδία έχουν την υψηλότερη βαθμολογία, ενώ τη μικρότερη βαθμολογία έχουν η Αλβανία και το Μαυροβούνιο.

Στη γενική κατάταξη το 2014, σε σύγκριση με το 2013, όπως φαίνεται στον Πίνακα 4.24, η Εσθονία, η Λετονία, η Φιλανδία και τα Σκόπια παρουσίασαν σημαντική βελτίωση, ενώ η Λιθουανία και η Ιρλανδία παρουσίασαν αισθητή επιδείνωση στη θέση τους.

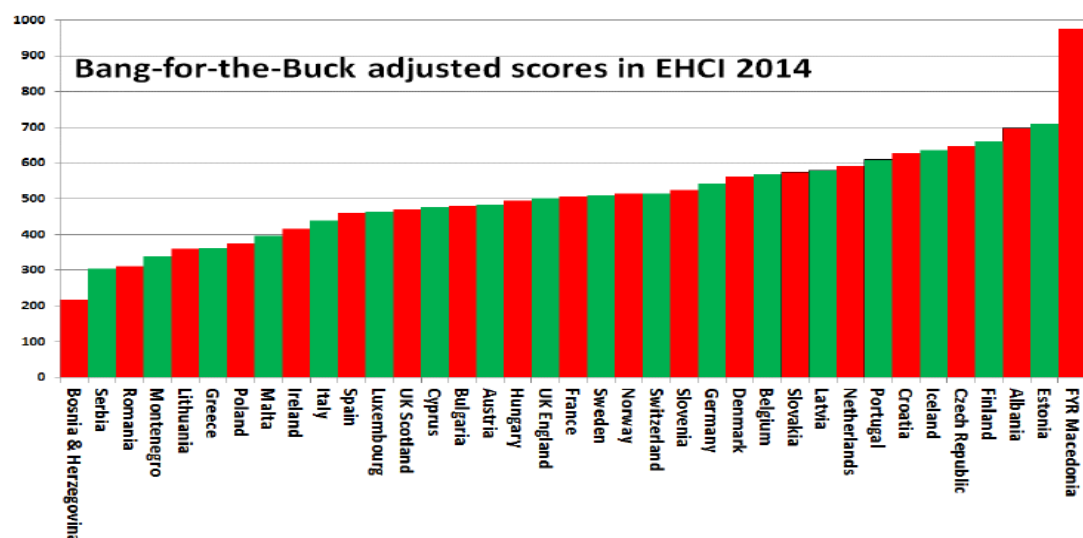
Πίνακας 4.24

Γενική κατάταξη των χωρών της Ευρώπης το 2014 σε σύγκριση με το 2013

Κατάταξη (2014)	Χώρα	Βαθμολογία	Κατάταξη (2013)
1	Ολλανδία	898	1
2	Ελβετία	855	2
3	Νορβηγία	851	5
4	Φιλανδία	846	10
5	Δανία	836	4
6	Βέλγιο	820	6
7	Ισλανδία	818	3
8	Λουξεμβούργο	814	8
9	Γερμανία	812	7
10	Αυστρία	780	12
11	Γαλλία	763	9
12	Σουηδία	761	11
13	Πορτογαλία	722	17
14	Αγγλία	718	14

15	Τσεχία	714	16
16	Σκωτία	710	13
17	Σκόπια	700	28
18	Εσθονία	677	23
19	Ισπανία	670	19
20	Σλοβενία	668	18
21	Σλοβακία	665	22
22	Ιταλία	648	21
23	Ιρλανδία	644	15
24	Κροατία	640	20
25	Κύπρος	619	25
26	Ουγγαρία	601	29
27	Λετονία	593	33
28	Μάλτα	582	27
29	Ελλάδα	561	26
30	Βουλγαρία	547	31
31	Αλβανία	545	30
32	Πολωνία	511	32
33	Λιθουανία	510	24
34	Σερβία	473	35
35	Μαυροβούνιο	463	-
36	Ρουμανία	453	34
37	Βοσνία και Ερζεγοβίνη	420	-

Πηγή: EHCI 2014



Πηγή: EHCI 2014

Διάγραμμα 4.7

Βαθμολογία και κατάταξη των χωρών της Ευρώπης με βάση το προσαρμοσμένο αποτέλεσμα του BFB (2014)

Τέλος, στο Διάγραμμα 4.7 εμφανίζεται η κατάταξη των χωρών με βάση το προσαρμοσμένο αποτέλεσμα του *BFB* (*bang for the buck-index*).

4.2.7 Euro Health Consumer Index 2015

Τα έξι κριτήρια (*Hexathlon*) αξιολόγησης των συστημάτων υγείας καθώς και ο συντελεστής βαρύτητας του κάθε κριτηρίου εμφανίζονται στον Πίνακα 4.25.

Πίνακας 4.25

Τα κριτήρια αξιολόγησης και ο συντελεστής βαρύτητας (2015)

Κριτήριο Αξιολόγησης	Συντελεστής Βαρύτητας
Patient rights and information	1.50
Waiting time for treatment	2.25
Outcomes	2.50
Range and reach of services provided	1.50
Prevention	1.25
Pharmaceuticals	1.00

Πηγή: EHCI 2015

Πίνακας 4.26

Η βαθμολογία των συστημάτων υγείας της Ευρώπης ανά κριτήριο και συνολικά (2015)

Sub-discipline	Netherlands	Switzerland	Norway	Finland	Belgium	Luxembourg	Germany	Iceland	Denmark	Sweden	France	Austria	Czech Republic	United Kingdom	Slovenia	Croatia	Estonia	FYR Macedonia	Spain	Portugal	Ireland	Italy	Malta	Slovakia	Lithuania	Cyprus	Hungary	Greece	Latvia	Serbia	Bulgaria	Romania	Albania	Poland	Montenegro
1. Patient rights and information	146	133	146	129	117	121	125	133	133	125	113	121	96	129	121	129	129	142	104	96	96	96	92	113	125	88	88	75	104	104	75	96	88	79	75
2. Accessibility	200	225	138	150	225	200	188	163	138	100	188	188	213	100	125	175	163	213	113	113	100	138	163	163	175	125	125	125	113	138	150	150	163	100	113
3. Outcomes	240	240	240	229	198	219	229	240	219	229	208	188	177	188	208	156	188	104	198	188	208	188	135	135	135	177	125	167	146	125	125	104	125	146	135
4. Range and reach of services	144	119	138	144	131	125	94	125	138	144	106	119	125	131	106	119	106	81	113	94	94	88	125	94	75	81	94	69	75	69	56	63	50	63	56
5. Prevention	101	101	113	107	89	101	107	107	89	107	89	83	83	107	83	65	54	107	101	89	101	101	101	77	65	71	89	89	77	71	71	71	65	83	71
6. Pharmaceuticals	86	76	81	86	76	67	86	57	76	81	71	76	67	81	67	62	67	57	67	62	86	57	48	71	52	52	57	52	52	48	52	43	33	52	33
Total Score	916	894	854	845	836	832	828	825	793	786	775	774	780	736	710	707	706	704	695	691	685	667	663	653	628	595	578	577	567	554	530	527	524	523	484
Rank	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35

Πηγή: EHCI 2015

Στον Πίνακα 4.26 καταγράφονται οι βαθμολογίες των χωρών με βάση τα έξι κριτήρια για τις 35 χώρες της Ευρώπης.

Με βάση το κριτήριο της πληροφόρησης και των δικαιωμάτων του ασθενή η Ολλανδία και η Νορβηγία έχουν την υψηλότερη βαθμολογία, ενώ η Βουλγαρία, το Μαυροβούνιο και η Ελλάδα έχουν τη χαμηλότερη βαθμολογία. Ως προς το κριτήριο της προσβασιμότητας και του χρόνου αναμονής για θεραπεία την υψηλότερη βαθμολογία κατέχει η Ελβετία μαζί με το Βέλγιο, ενώ τη χαμηλότερη βαθμολογία έχουν η Ιρλανδία, η Πολωνία και η Σουηδία. Στο κριτήριο των αποτελεσμάτων η Ισλανδία, η Ολλανδία, η Ελβετία και η Νορβηγία έχουν την υψηλότερη βαθμολογία, ενώ τη χαμηλότερη βαθμολογία την έχουν η Ρουμανία και τα Σκόπια.

Για το εύρος και το φάσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας η Ολλανδία, η Φιλανδία και η Σουηδία έχουν την υψηλότερη βαθμολογία, ενώ τη χαμηλότερη βαθμολογία έχει η Αλβανία. Ως προς το κριτήριο της πρόληψης τη μεγαλύτερη βαθμολογία συγκεντρώνει η Νορβηγία, ενώ τη μικρότερη η Εσθονία. Στο κριτήριο των φαρμάκων την υψηλότερη βαθμολογία έχουν η Ολλανδία, η Φιλανδία, η Γερμανία και η Ιρλανδία, ενώ τη μικρότερη βαθμολογία την έχουν η Αλβανία και το Μαυροβούνιο.

Σύμφωνα με τη γενική κατάταξη των χωρών για το 2015, σε σύγκριση με το 2014, όπως φαίνεται στον Πίνακα 4.27, οι χώρες που βελτίωσαν σημαντικά τη θέση τους είναι η Σλοβενία, η Μάλτα, η Κροατία και η Λιθουανία, ενώ η χώρα που χειροτέρευσε σε μεγάλο βαθμό τη θέση της είναι η Πορτογαλία.

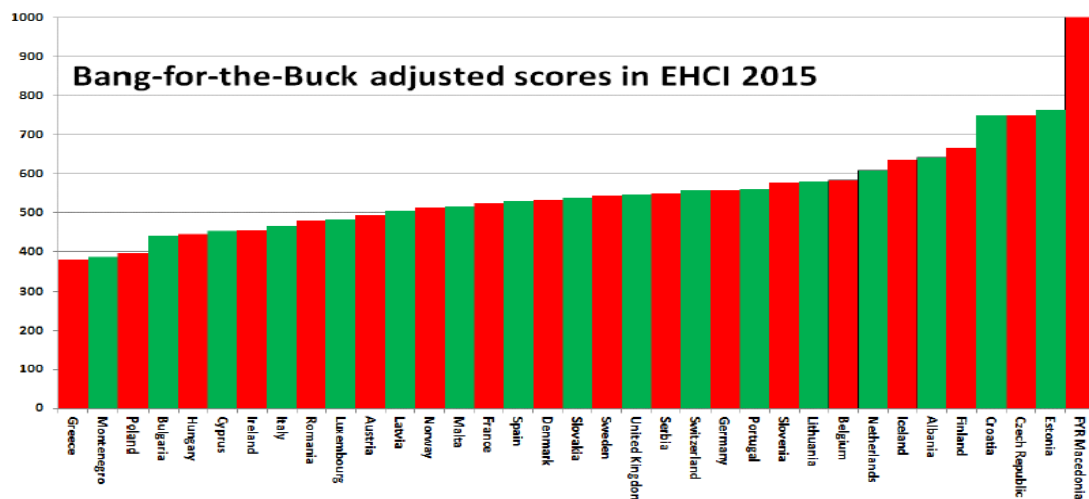
Πίνακας 4.27

Γενική κατάταξη των χωρών της Ευρώπης το 2015 σε σύγκριση με το 2014

Κατάταξη (2015)	Χώρα	Βαθμολογία	Κατάταξη (2014)
1	Ολλανδία	916	1
2	Ελβετία	894	2
3	Νορβηγία	854	3
4	Φιλανδία	845	4
5	Βέλγιο	836	6
6	Λουξεμβούργο	832	8
7	Γερμανία	828	9
8	Ισλανδία	825	7
9	Δανία	793	5
10	Σουηδία	786	12
11	Γαλλία	775	11

12	Αυστρία	774	10
13	Τσεχία	760	15
14	Ηνωμένο Βασίλειο	736	14
15	Σλοβενία	710	18
16	Κροατία	707	22
17	Εσθονία	706	16
18	Σκόπια	704	15
19	Ισπανία	695	17
20	Πορτογαλία	691	13
21	Ιρλανδία	685	21
22	Ιταλία	667	20
23	Μάλτα	663	26
24	Σλοβακία	653	19
25	Λιθουανία	628	31
26	Κύπρος	595	23
27	Ουγγαρία	578	24
28	Ελλάδα	577	27
29	Λετονία	567	25
30	Σερβία	554	32
31	Βουλγαρία	530	28
32	Ρουμανία	527	34
33	Αλβανία	524	29
34	Πολωνία	523	30
35	Μαυροβούνιο	484	33

Πηγή: EHCI 2015



Πηγή: EHCI 2015

Διάγραμμα 4.8

Βαθμολογία και κατάταξη των χωρών της Ευρώπης με βάση το προσαρμοσμένο αποτέλεσμα του BFB (2015)

Τέλος, στο Διάγραμμα 4.8 εμφανίζεται η κατάταξη των χωρών με βάση το προσαρμοσμένο αποτέλεσμα του *BFB* (*bang for the buck-index*).

4.2.8 Euro Health Consumer Index 2016

Στον Πίνακα 4.28 εμφανίζονται τα έξι κριτήρια (*Hexathlon*) αξιολόγησης των συστημάτων υγείας μαζί με το συντελεστή βαρύτητας του κάθε κριτηρίου, ενώ στον Πίνακα 4.29 εμφανίζεται η κατάταξη των 35 χωρών ανά κριτήριο αξιολόγησης και στο σύνολο αυτών.

Πίνακας 4.28

Τα κριτήρια αξιολόγησης και ο συντελεστής βαρύτητας (2016)

Κριτήριο Αξιολόγησης	Συντελεστής Βαρύτητας
Patient rights and information	1.25
Waiting time for treatment	2.25
Outcomes	3.00
Range and reach of services provided	1.25
Prevention	1.25
Pharmaceuticals	1.00

Πηγή: EHCI 2016

Πίνακας 4.29

Η βαθμολογία των συστημάτων υγείας της Ευρώπης ανά κριτήριο και συνολικά (2016)

Sub-discipline	Netherlands	Switzerland	Norway	Belgium	Iceland	Luxembourg	Germany	Finland	Denmark	Austria	France	Sweden	Czech Republic	Portugal	United Kingdom	Slovenia	Estonia	Spain	Croatia	FYR Macedonia	Ireland	Italy	Slovakia	Serbia	Malta	Cyprus	Lithuania	Greece	Latvia	Hungary	Poland	Albania	Bulgaria	Montenegro	Romania	
1. Patient rights and information	122	111	125	104	115	101	104	108	111	108	90	104	87	108	108	104	108	87	108	118	80	83	97	111	80	73	97	63	87	73	66	73	66	63	80	
2. Accessibility (waiting times for treatment)	200	225	138	225	163	200	188	150	150	200	188	100	213	150	100	125	163	113	175	225	100	138	163	188	163	125	175	125	113	125	100	163	150	113	150	
3. Outcomes	288	288	288	250	288	263	288	288	275	238	263	275	238	250	250	263	238	238	188	138	250	225	175	163	188	188	213	163	213	188	163	188	175	150	175	125
4. Range and reach of services	125	94	115	109	115	104	83	115	115	99	94	125	104	78	109	89	94	94	104	68	78	78	89	57	94	68	68	52	73	73	63	42	47	57	52	
5. Prevention	107	101	119	95	113	107	101	101	95	101	95	101	77	101	113	83	65	107	71	89	95	101	83	89	95	83	65	83	77	89	95	65	65	77	48	
6. Pharmaceuticals	86	86	81	76	62	76	86	81	81	81	86	81	62	76	81	76	62	71	57	62	86	57	71	62	48	62	52	57	52	52	52	33	48	33	43	
Total score	927	904	865	860	854	851	849	842	827	826	815	786	780	763	761	740	729	709	703	699	689	682	678	670	666	623	620	593	589	575	564	551	526	518	497	
Rank	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	

Πηγή: EHCI 2016

Στο κριτήριο της πληροφόρησης και των δικαιωμάτων του ασθενή η Νορβηγία έχει την υψηλότερη βαθμολογία, ενώ το Μαυροβούνιο και η Ελλάδα έχουν τη χαμηλότερη βαθμολογία. Ως προς το κριτήριο της προσβασιμότητας και του χρόνου αναμονής για θεραπεία την υψηλότερη βαθμολογία έχουν το Βέλγιο, τα Σκόπια και η Ελβετία, ενώ τη μικρότερη βαθμολογία έχουν η Ιρλανδία και η Πολωνία.

Στο κριτήριο των αποτελεσμάτων την υψηλότερη βαθμολογία συγκεντρώνουν η Φιλανδία, η Ισλανδία, η Γερμανία, η Ολλανδία, η Νορβηγία και η Ελβετία, ενώ τη χαμηλότερη την έχει η Ρουμανία. Για το εύρος και το φάσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας η Ολλανδία και η Σουηδία έχουν τη μεγαλύτερη βαθμολογία, ενώ τη μικρότερη την έχει η Αλβανία. Ως προς το κριτήριο της πρόληψης η Νορβηγία έχει την υψηλότερη βαθμολογία, ενώ τη χαμηλότερη βαθμολογία την έχουν η Λιθουανία, η Αλβανία και η Βουλγαρία. Στο κριτήριο των φαρμάκων την υψηλότερη βαθμολογία έχουν η Γαλλία, η Γερμανία, η Ιρλανδία, η Ολλανδία και η Ελβετία, ενώ τη χαμηλότερη η Αλβανία μαζί με το Μαυροβούνιο.

Στην τελική κατάταξη των χωρών, με βάση τη βαθμολόγηση των κριτηρίων, όπως φαίνεται στον πίνακα 4.30, η Πορτογαλία και η Σερβία παρουσίασαν σημαντική βελτίωση της θέσης τους, απεναντίας, η Σλοβενία παρουσίασε αισθητή χειροτέρευση.

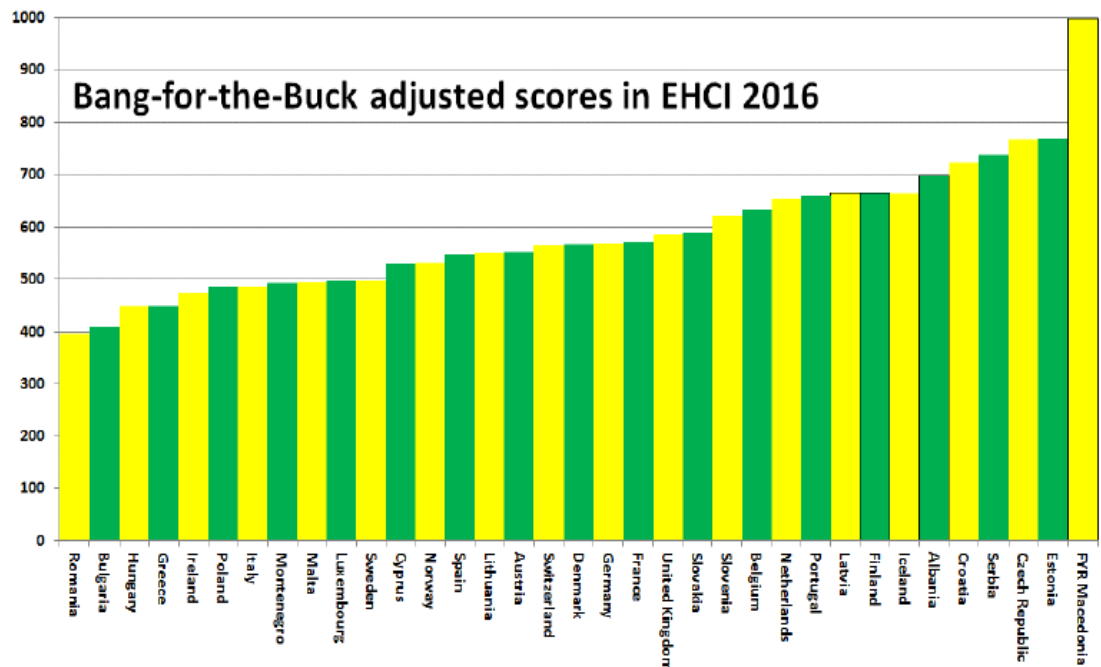
Πίνακας 4.30

Γενική κατάταξη των χωρών της Ευρώπης το 2016 σε σύγκριση με το 2015

Κατάταξη (2016)	Χώρα	Βαθμολογία	Κατάταξη (2015)
1	Ολλανδία	927	1
2	Ελβετία	904	2
3	Νορβηγία	865	3
4	Βέλγιο	860	5
5	Ισλανδία	854	8
6	Λουξεμβούργο	851	6
7	Γερμανία	849	7
8	Φιλανδία	842	4
9	Δανία	827	9
10	Αυστρία	826	12
11	Γαλλία	815	11
12	Σουηδία	786	10
13	Τσεχία	780	13
14	Πορτογαλία	763	20
15	Ηνωμένο Βασίλειο	761	14

16	Σλοβενία	740	15
17	Εσθονία	729	17
18	Ισπανία	709	19
19	Κροατία	703	16
20	Σκόπια	699	18
21	Ιρλανδία	689	21
22	Ιταλία	682	22
23	Σλοβακία	678	24
24	Σερβία	670	30
25	Μάλτα	666	23
26	Κύπρος	623	26
27	Λιθουανία	620	25
28	Ελλάδα	593	28
29	Λετονία	589	29
30	Ουγγαρία	575	27
31	Πολωνία	564	34
32	Αλβανία	551	33
33	Βουλγαρία	526	31
34	Μαυροβούνιο	518	35
35	Ρουμανία	497	32

Πηγή: EHCI 2016



Πηγή: EHCI 2016

Διάγραμμα 4.9

Βαθμολογία και κατάταξη των χωρών της Ευρώπης με βάση το προσαρμοσμένο αποτέλεσμα του BFB (2016)

Στο Διάγραμμα 4.9 εμφανίζεται η κατάταξη των χωρών με βάση το προσαρμοσμένο αποτέλεσμα του *BFB* (*bang for the buck-index*).

Στη γενική κατάταξη των χωρών ,με βάση τα κριτήρια αξιολόγησης του *Euro Health Consumer Index* από το 2008 έως και το 2016 η Ολλανδία διατηρεί την πρώτη θέση, αφού συγκεντρώνει την υψηλότερη βαθμολογία για κάθε έτος, ενώ το 2006 κατείχε τη δεύτερη θέση, με πρώτη τη Γαλλία. Ενώ η Δανία κατείχε τη δεύτερη θέση για τα έτη 2008, 2009 και 2012, από το 2013 έως και το 2016 τη δεύτερη θέση καταλαμβάνει πλέον η Ελβετία.

4.2.9 Euro Heart Index 2016

Στον πίνακα 4.31 αναφέρονται τα τέσσερα κριτήρια (*Tetrathlon*) αξιολόγησης των 30 χωρών για τη φροντίδα της καρδιάς μαζί με το συντελεστή βαρύτητας του κάθε κριτηρίου.

Πίνακας 4.31

Τα κριτήρια αξιολόγησης και ο συντελεστής βαρύτητας (2016)

Κριτήριο Αξιολόγησης	Συντελεστής Βαρύτητας
Prevention	3.00
Procedures	2.50
Access to treatment/care	2.00
Outcomes	2.50

Πηγή: EHI 2016

Τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται στο *Euro Heart Index* είναι η πρόληψη (παχυσαρκία, κατανάλωση αναψυκτικών, φρούτων, λαχανικών, ζάχαρης, καπνού και αλκοόλ), οι επεμβάσεις (κατ' οίκον νοσηλεία για καρδιοπαθείς), η πρόσβαση στη φροντίδα και στη θεραπεία (χρόνος αναμονής για διάγνωση και για μεταμόσχευση καρδιάς) και τα αποτελέσματα.

Ως προς το κριτήριο της πρόληψης, τη μεγαλύτερη βαθμολογία, όπως φαίνεται στον πίνακα 4.32, συγκεντρώνει η Ιταλία και το Λουξεμβούργο, ενώ τη μικρότερη βαθμολογία η Τσεχία και η Λιθουανία. Στο κριτήριο των επεμβάσεων η Γερμανία και η Ολλανδία έχουν την υψηλότερη βαθμολογία, ενώ η Βουλγαρία έχει τη χαμηλότερη βαθμολογία. Ως προς το κριτήριο της πρόσβασης στη φροντίδα και στη θεραπεία την

υψηλότερη βαθμολογία έχουν η Γαλλία, το Λουξεμβούργο, η Ολλανδία, η Νορβηγία και η Σουηδία και τη μικρότερη βαθμολογία έχει η Κύπρος. Στο κριτήριο των αποτελεσμάτων την υψηλότερη βαθμολογία έχουν η Σλοβενία και η Σουηδία, ενώ τη χαμηλότερη βαθμολογία έχουν η Κροατία και η Λιθουανία.

Πίνακας 4.32

Η βαθμολογία και η κατάταξη των συστημάτων υγείας της Ευρώπης ανά κριτήριο (2016)

Sub-discipline	Austria	Belgium	Bulgaria	Croatia	Cyprus	Czech Republic	Denmark	Estonia	Finland	France	Germany	Greece	Hungary	Ireland	Italy	Latvia	Lithuania	Luxembourg	Malta	Netherlands	Norway	Poland	Portugal	Romania	Slovakia	Slovenia	Spain	Sweden	Switzerland	United Kingdom
1. Prevention	200	230	150	150	150	140	200	170	200	230	190	210	190	180	240	170	140	240	160	220	230	190	230	200	170	200	200	210	210	180
2. Procedures	205	205	83	136	121	152	182	129	182	227	227	129	159	189	167	121	136	220	144	227	212	159	167	121	121	197	197	197	182	167
3. Access to treatment/ care	167	144	89	122	67	144	156	122	144	178	156	133	122	167	133	89	100	178	144	178	178	111	133	78	111	167	144	178	167	156
4. Outcomes	188	229	125	83	104	146	229	125	229	229	167	146	104	208	146	146	83	188	167	188	229	167	125	167	104	250	208	250	208	208
Total Score	759	808	447	492	442	582	767	546	755	864	739	618	575	744	686	526	460	825	615	813	849	627	655	566	506	814	750	835	767	711
Rank	10	7	29	27	30	21	8	24	11	1	14	19	22	13	16	25	28	4	20	6	2	18	17	23	26	5	12	3	8	15

Πηγή: EHI 2016

Στη γενική κατάταξη την υψηλότερη βαθμολογία στο σύνολο, με βάση τα τέσσερα κριτήρια, συγκεντρώνει η Γαλλία και ακολουθούν η Νορβηγία και η Σουηδία, ενώ τη χαμηλότερη βαθμολογία συγκεντρώνει η Κύπρος και ακολουθεί η Βουλγαρία.

4.3 Η κατάταξη του ελληνικού συστήματος υγείας, διαχρονικά

Η Ελλάδα εμφανίζεται για πρώτη φορά από το Euro Health Consumer Index στον πίνακα των χωρών το έτος 2006. Με βάση τους 29 δείκτες επιδόσεων και τα πέντε κριτήρια αξιολόγησης η Ελλάδα το 2005 συγκέντρωσε 434 βαθμούς, με άριστα το 750 και κατείχε την δέκατη έβδομη θέση μεταξύ των 26 χωρών της Ευρώπης. Το ελληνικό σύστημα υγείας είναι άριστο ως προς τη νομοθεσία, το σύστημα προστασίας των δικαιωμάτων του ασθενή, τα αποτελέσματα των αντικαρκινικών θεραπειών, τα χαμηλά επίπεδα αποφεύξιμων θανάτων και την οδοντιατρική πρόληψη. Τα αδύνατα

σημεία για το ελληνικό σύστημα υγείας εντοπίζονται στην έλλειψη επικοινωνίας για τους ασθενείς, την έλλειψη αξιόπιστων δεδομένων, τις νοσοκομειακές λοιμώξεις, τα χαμηλά ποσοστά εμβολιασμού για την πολιομυελίτιδα και την περιορισμένη πρόσβαση στα νέα φάρμακα.

Για το 2008 το ελληνικό σύστημα συγκεντρώνει 599 βαθμούς με άριστα το 1000 και κατατάσσεται στη δέκατη ένατη θέση σε σύνολο 31 χωρών. Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι το ελληνικό σύστημα είναι από τα χειρότερα ως προς τον εκσυγχρονισμό και το *e-health*.

Το 2009 καταλαμβάνει την εικοστή τέταρτη θέση σε σύνολο 31 χωρών με 600 βαθμούς και άριστα το 1000. Το ελληνικό σύστημα υγείας είχε καλές επιδόσεις στη χαμηλή βρεφική θνησιμότητα, στον παιδικό εμβολιασμό και στην καλή ρύθμιση του σακχάρου, ενώ μειωμένες επιδόσεις είχε στο χρόνο αναμονής για θεραπεία και στην άμεση πρόσβαση σε ειδικό γιατρό.

Το 2012 το ελληνικό σύστημα υγείας βελτιώθηκε κατά δύο θέσεις σε σύγκριση με το 2009, αφού συγκέντρωσε 617 βαθμούς με άριστα το 1000. Το ελληνικό σύστημα υγείας σημείωσε κάποια βελτίωση στο χρόνο αναμονής για θεραπεία και στην πρόσβαση για φάρμακα. Παρά την οικονομική κρίση, το σύστημα υγείας είναι εντυπωσιακά άνισο και κακό, εφάμιλλο των συστημάτων υγείας της Σερβίας και της Βουλγαρίας.

Το 2013 το ελληνικό σύστημα υγείας κατέχει την εικοστή πέμπτη θέση μεταξύ 35 χωρών και συγκεντρώνει 585 βαθμούς με άριστα το 1000. Τα σκληρά μέτρα λιτότητας, τα οποία εφαρμόστηκαν κατά την περίοδο των μνημονίων, επηρέασαν αρνητικά τους Έλληνες ασθενείς, αφού επηρεάστηκε αρνητικά η ενημέρωση των ασθενών, η συμμετοχή των ασθενών στη διαμόρφωση πολιτικών, οι χρόνοι αναμονής, τα θεραπευτικά αποτελέσματα, καθώς το εύρος και η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας. Επίσης, περιορίστηκε αισθητά η συνταγογράφηση φαρμάκων, επηρεάζοντας έτσι και την πρόσβαση στα καινούργια φαρμακευτικά σκευάσματα.

Το 2014 η θέση κατάταξης του ελληνικού συστήματος επιδεινώνεται ακόμα περισσότερο, αφού η Ελλάδα καταλαμβάνει την εικοστή όγδοη θέση σε σύνολο 36 χωρών με 561 βαθμούς, με άριστα το 1000. Το ελληνικό σύστημα υγείας δέχθηκε ένα ισχυρό πλήγμα σαν αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης και βρίσκεται στον αντίποδα, σε σχέση με την αναπτυξιακή πορεία των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας, με αποτέλεσμα να απειλούνται βασικά δικαιώματα του ασθενή, όπως η πρόσβαση σε μία δεύτερη γνώμη και στον προσωπικό του ιατρικό φάκελο.

Το 2015 η Ελλάδα διατηρεί την εικοστή όγδοη θέση, σε σύνολο 35 χωρών, έχοντας 577 βαθμούς με άριστα το 1000.

Το 2016 συνεχίζει να κατέχει την εικοστή όγδοη θέση σε σύνολο 35 χωρών και βελτιώνει ελάχιστα τη βαθμολογία της, αφού λαμβάνει 593 βαθμούς με άριστα το 1000.

Αναφορικά με την αντιμετώπιση των καρδιακών προβλημάτων, σε σύγκριση με 30 ευρωπαϊκές χώρες, το ελληνικό σύστημα υγείας καταλαμβάνει τη δέκατη ένατη θέση με συνολική βαθμολογία 618 βαθμούς με άριστα το 1000. Το ελληνικό σύστημα υγείας έχει μέτριες επιδόσεις στην αντιμετώπιση των καρδιολογικών προβλημάτων και τα ποσοστά εισαγωγών στα νοσοκομεία παραμένουν σε υψηλά επίπεδα, παρά τη συνεχιζόμενη οικονομική κρίση. Η Ελλάδα έχει ένα προβληματικό πλαίσιο στην αντιμετώπιση και στη θεραπεία των καρδιολογικών προβλημάτων, καθώς και των προβλημάτων, λόγω του ανθυγιεινού τρόπου ζωής που ακολουθούν οι Έλληνες και ιδιαίτερα με την υψηλή κατανάλωση καπνού και αλκοόλ, καθώς και με το υψηλό ποσοστό παχυσαρκίας στον πληθυσμό και ιδιαίτερα στα παιδιά.

4.4 Ανακεφαλαίωση

Στα πλαίσια της αξιολόγησης ενός συστήματος υγείας και της σύγκρισης αυτού με λοιπά συστήματα υγείας το *Euro Health Consumer Powerhouse Ltd.* καθιέρωσε ένα αριθμό κριτηρίων, με επιμέρους υποκατηγορίες για την αξιολόγηση των συστημάτων υγείας της Ευρώπης και την ιεράρχησή τους, λαμβάνοντας υπόψιν ως βασικά κριτήρια την πληροφόρηση και τα δικαιώματα του ασθενή, την προσβασιμότητα και το χρόνο αναμονής για θεραπεία, το εύρος και το φάσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, την πρόληψη και τα φάρμακα.

Με βάση τα κριτήρια αξιολόγησης και τη βαθμολογία των συστημάτων υγείας, κάποιες χώρες λαμβάνουν, διαχρονικά, υψηλή βαθμολογία και τη διατηρούν, όπως η Ολλανδία, ενώ ορισμένα συστήματα κάποιων άλλων χωρών λαμβάνουν χαμηλή βαθμολογία και συνεχίζουν να διατηρούνται πολύ χαμηλά στην κατάταξη, όπως η Αλβανία και η Ρουμανία. Κάποια συστήματα άλλων χωρών παρουσιάζουν, διαχρονικά, έντονη διακύμανση στην ιεράρχηση, όπως η Πορτογαλία, ενώ τα συστήματα κάποιων χωρών παρουσιάζουν, διαχρονικά, συνεχείς βελτιώσεις.

Το ελληνικό σύστημα υγείας το 2006 κατείχε την δέκατη έβδομη θέση μεταξύ 26 χωρών της Ευρώπης, το 2009 κατατάσσεται στην δέκατη ένατη θέση σε σύνολο 31 χωρών, ενώ το 2012 βελτιώθηκε κατά δύο θέσεις σε σύγκριση με το 2009. Το 2013 κατείχε την εικοστή πέμπτη θέση μεταξύ 35 χωρών, ενώ το 2014 επιδεινώθηκε η θέση της ακόμη περισσότερο, αφού καταλαμβάνει την εικοστή όγδοη θέση σε σύνολο 36 χωρών. Το 2015 διατηρεί την εικοστή όγδοη θέση σε σύνολο 35 χωρών και το 2016 συνεχίζει στην ίδια θέση μεταξύ 35 χωρών. Σαν αποτέλεσμα της βαθιάς οικονομικής κρίσης, το ελληνικό σύστημα υγείας δέχθηκε ένα ισχυρό πλήγμα και βρέθηκε στον αντίποδα, σε σχέση με την αναπτυξιακή πορεία των λοιπών ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας.

Κεφάλαιο 5

Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης και προτάσεις

Η πρόσφατη οικονομική κρίση σε παγκόσμιο επίπεδο είχε σαν αφορμή την αθέτηση αποπληρωμής των δανειακών υποχρεώσεων ατόμων μειωμένης πιστοληπτικής ικανότητας. Η κρίση αυτή επηρέασε αρνητικά σε μεγάλο βαθμό την ελληνική οικονομία και προκάλεσε την επί σειρά ετών, μέχρι και σήμερα, παρατεταμένη βαθιά ύφεση στην οικονομία, σαν αποτέλεσμα των συσσωρευμένων δημοσιονομικών ελλειμμάτων και του διογκωμένου δημόσιου χρέους. Συνέπεια όλων αυτών ήταν η μη δυνατότητα εξυπηρέτησης του δημόσιου χρέους με προσφυγή σε δανεισμό από τις αγορές, αλλά η προσφυγή στον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Σταθερότητας με την υπογραφή και την ανάληψη επιβαρυντικών μέτρων δημοσιονομικής προσαρμογής, τόσο στα φυσικά όσο και στα νομικά πρόσωπα.

Παρά τη μείωση του πληθυσμού στην Ελλάδα κατά τα χρόνια της κρίσης, σαν αποτέλεσμα της μείωσης του αριθμού των γεννήσεων και την αύξηση του αριθμού των θανάτων, το προσδόκιμο ζωής παραμένει σε υψηλά επίπεδα σε σύγκριση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ.

Κατά τα χρόνια της κρίσης, αναφορικά με την υγιεινή διατροφή, παρατηρείται μείωση του ποσοστού των Ελλήνων που καταναλώνουν φρούτα ή φυσικούς χυμούς σε καθημερινή βάση. Η μείωση αυτή μπορεί να αποδοθεί στη μειωμένη αγοραστική δυνατότητα των Ελλήνων.

Πριν την κρίση οι αγχώδεις διαταραχές και η κατάθλιψη στην Ελλάδα ήταν 4% και 1.5% αντίστοιχα. Κατά την περίοδο της κρίσης αυξήθηκαν σε 12.2% και σε 9.4% αντίστοιχα. Σημαντική συνέπεια της κρίσης, με έντονο προβληματισμό στην Ελλάδα, είναι ο συνεχώς αυξημένος αριθμός αυτοκτονιών και οι απόπειρες αυτοκτονιών. Ως προς την κοινωνική στήριξη και βοήθεια των ατόμων, που την έχουν ανάγκη στην Ελλάδα, παρατηρείται αύξηση του πληθυσμού αυτού.

Το ελληνικό σύστημα υγείας, καθώς και τα περισσότερα ευρωπαϊκά συστήματα χαρακτηρίζονται ως μεικτά, αφού η χρηματοδότησή τους βασίζεται τόσο στους δημόσιους πόρους όσο και στις ιδιωτικές πληρωμές. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα ήταν περισσότερο νοσοκομειοκεντρικό, αφού η προσφορά των υπηρεσιών υγείας γινόταν, στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό, από το νοσοκομείο. Λόγω των υψηλών

κρατικών δαπανών για την παροχή των υπηρεσιών υγείας προκλήθηκαν συσσωρευμένα και συνεχή ελλείμματα. Με σκοπό τη μείωση των εν λόγω ελλειμμάτων και τον περιορισμό των συνεπειών στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στους Έλληνες έγινε αναμόρφωση του συστήματος και η δημιουργία ενός συστήματος (ΕΟΠΥΥ), το οποίο προσφέρει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας και ως αγοραστής και ως πάροχος, ώστε η διαχείριση των διαθέσιμων πόρων να γίνεται με ορθολογικό και αποτελεσματικό τρόπο.

Στα πλαίσια της περαιτέρω βελτίωσης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα δημιουργήθηκε ένας φορέας υπηρεσιών υγείας (ΠΕΔΥ), το οποίο παρέχει πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, με την επίσκεψη του ασθενή στον οικογενειακό γιατρό. Για την παροχή δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας απαιτείται παραπομπή του ασθενή από τον οικογενειακό γιατρό.

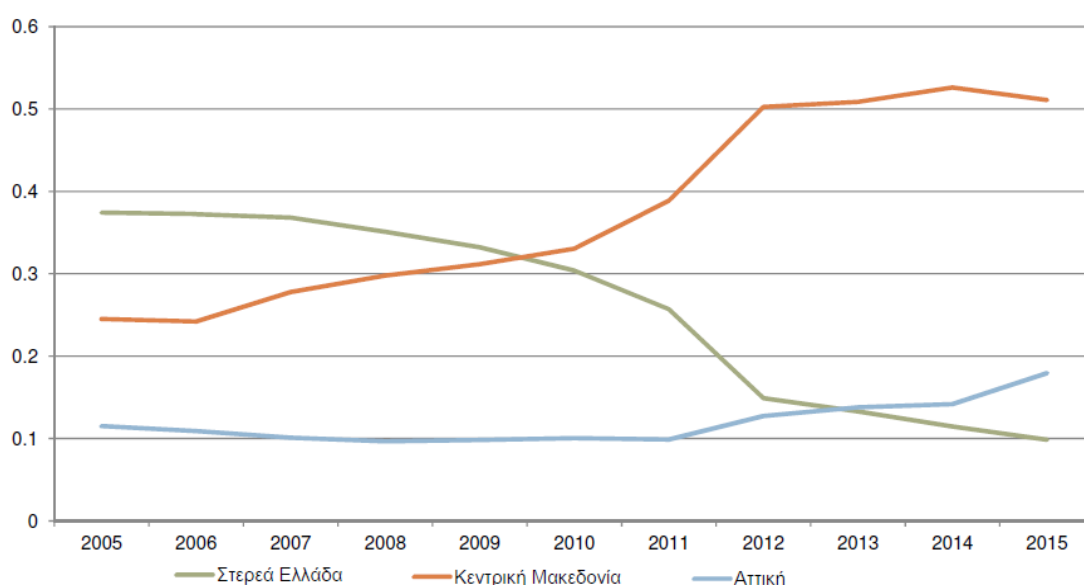
Πίνακας 5.1

Συνολικός αριθμός εισιτηρίων ανά περιφέρεια και ανά έτος (2005-2015)

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΕΙΣΙΤΗΡΙΑ ΑΝΑ ΕΤΟΣ											ΣΥΝΟΛΟ
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Ανατολική Μακεδονία - Θράκη	118.801	123.825	123.275	112.474	112.212	91.072	77.169	49.791	43.936	37.983	37.620	928.158
	6,00%	6,00%	5,46%	4,94%	4,82%	4,43%	4,87%	5,69%	4,99%	4,31%	4,26%	5,14%
Κεντρική Μακεδονία	484.624	498.981	627.511	678.300	724.054	679.310	616.746	440.054	447.786	463.434	450.910	6.111.710
	24,49%	24,20%	27,77%	29,77%	31,17%	33,04%	38,88%	50,26%	50,87%	52,60%	51,10%	33,83%
Δυτική Μακεδονία	550	22.700	26.800	20.900	21.000	16.000	4.505	1.264	2.162	1.624	2.094	119.599
	0,03%	1,10%	1,19%	0,92%	0,90%	0,78%	0,28%	0,14%	0,25%	0,18%	0,24%	0,66%
Ηπειρος	42.936	45.570	46.892	44.919	46.189	41.552	26.569	6.860	5.521	5.930	4.894	317.832
	2,17%	2,21%	2,08%	1,97%	1,98%	2,02%	1,68%	0,78%	0,63%	0,67%	0,55%	1,76%
Θεσσαλία	88.693	96.641	93.080	94.445	98.474	87.517	63.172	35.590	33.360	28.964	30.007	749.943
	4,48%	4,69%	4,12%	4,14%	4,24%	4,26%	3,98%	4,06%	3,79%	3,29%	3,40%	4,15%
Δυτική Ελλάδα	113.328	115.301	99.142	113.752	110.276	101.722	75.124	25.252	20.903	19.895	20.569	815.264
	5,73%	5,59%	4,39%	4,99%	4,75%	4,95%	4,74%	2,88%	2,37%	2,26%	2,33%	4,51%
Στερεά Ελλάδα	740.508	767.927	831.874	799.641	771.698	624.751	407.427	130.443	116.847	100.889	86.884	5.378.889
	37,42%	37,24%	36,81%	35,09%	33,22%	30,38%	25,69%	14,90%	13,28%	11,45%	9,84%	29,78%
Αττική	227.549	224.576	228.457	219.920	228.441	206.458	156.689	111.354	121.347	124.834	158.402	2.008.027
	11,50%	10,89%	10,11%	9,65%	9,83%	10,04%	9,88%	12,72%	13,79%	14,17%	17,95%	11,12%
Πελοπόννησος	65.592	64.492	62.459	60.764	67.852	85.457	68.439	29.276	27.036	36.600	38.138	606.105
	3,31%	3,13%	2,76%	2,67%	2,92%	4,16%	4,31%	3,34%	3,07%	4,15%	4,32%	3,36%
Βόρειο Αιγαίο	87.986	92.812	106.151	118.489	128.166	110.470	81.147	40.271	56.317	56.265	49.106	927.180
	4,45%	4,50%	4,70%	5,20%	5,52%	5,37%	5,12%	4,60%	6,40%	6,39%	5,56%	5,13%
Νότιο Αιγαίο	8.601	9.432	14.029	15.034	14.912	11.897	9.109	5.442	4.973	4.671	3.946	102.046
	0,43%	0,46%	0,62%	0,66%	0,64%	0,58%	0,57%	0,62%	0,56%	0,53%	0,45%	0,56%
ΣΥΝΟΛΟ	1.979.168	2.062.257	2.259.670	2.278.638	2.323.274	2.056.206	1.586.096	875.597	880.188	881.090	882.570	17.182.183
	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Πηγή: ΕΚΚΕ (Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών)

Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα παρατηρούνται τόσο στον ιαματικό τουρισμό, ο οποίος έχει τις ρίζες του στην αρχαία Ελλάδα, όσο και στον ιατρικό τουρισμό. Ενώ πριν την κρίση παρατηρείται μια ανοδική πορεία των επισκεπτών στις λουτρικές μονάδες, σε ετήσια βάση, κατά την περίοδο της κρίσης καταγράφεται, από το 2009 έως και το 2015, μια απότομη και αισθητή μείωση κατά 62.4%, όπως φαίνεται στον Πίνακα 5.1. Ο κύριος λόγος της μείωσης είναι οι περικοπές των χορηγήσεων στους δικαιούχους από τα ασφαλιστικά ταμεία, στα πλαίσια της δημοσιονομικής πειθαρχίας, με την ανάληψη των μέτρων λιτότητας.



Πηγή: ΕΚΚΕ (Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών)

Διάγραμμα 5.1

Ποσοστιαία κατανομή εισιτηρίων στις περιφέρειες με τη μεγαλύτερη επισκεψιμότητα (2005-2015)

Όπως παρατηρούμε στο Διάγραμμα 5.1, ενώ κατά τα έτη πριν τη κρίση τη μεγαλύτερη επισκεψιμότητα παρουσίαζαν οι λουτρικές μονάδες στη Στερεά Ελλάδα και ακολουθούσαν οι λουτρικές μονάδες στην Κεντρική Μακεδονία, μετά την κρίση, λόγω της αισθητής μείωσης της επισκεψιμότητας στη Στερεά Ελλάδα, οι λουτρικές μονάδες της Κεντρικής Μακεδονίας συγκέντρωσαν το 50% της συνολικής επισκεψιμότητας.

Αναφορικά με τον ιατρικό τουρισμό, αυτός αποτελεί μια οικονομική δραστηριότητα με υψηλό ρυθμό ανάπτυξης σε ετήσια βάση με τα ανάλογα θετικά

αποτελέσματα τόσο για τους απασχολούμενους όσο και για τις επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στον κλάδο αυτό.

Το επίπεδο του ιατρικού τουρισμού στην Ελλάδα δεν θεωρείται εφάμιλλο των λοιπών χωρών που πρωτοστατούν σε παγκόσμιο επίπεδο, παρά τις μεγάλες προσπάθειες βελτίωσης του επιπέδου παροχής υπηρεσιών ιατρικού τουρισμού. Στην Ελλάδα η οικονομική κρίση αποδείχθηκε ένας ανασταλτικός παράγοντας στις προσπάθειες αυτές, παρά το γεγονός ότι το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι αισθητά βελτιωμένο και το κόστος αυτών των υπηρεσιών είναι ανταγωνιστικό, εντούτοις τα αποτελέσματα δεν είναι ικανοποιητικά για την Ελλάδα.

Στα πλαίσια της αξιολόγησης ενός συστήματος υγείας με τη δυνατότητα σύγκρισης των διαφόρων συστημάτων των χωρών, ο *Euro Health Consumer Powerhouse Ltd.* καθιέρωσε έναν αριθμό κριτηρίων, με την ανάλογη βαθμολογία ανά κριτήριο, με βάση τη βαρύτητα του κάθε κριτηρίου.

Το ελληνικό σύστημα υγείας πριν την κρίση κατείχε, ιεραρχικά, μια αρκετά καλή θέση σε σύγκριση με τα συστήματα των λοιπών χωρών. Για παράδειγμα, ενώ το 2009 η Ελλάδα κατατάσσεται στη δέκατη ένατη θέση σε σύνολο 31 χωρών, μετά την κρίση η θέση της Ελλάδας χειροτέρευσε, αφού το 2013 κατείχε την εικοστή πέμπτη θέση μεταξύ 35 χωρών, το 2014 κατείχε την εικοστή όγδοη θέση σε σύνολο 36 χωρών, την οποία διατήρησε και το 2015 και το 2016. Όπως αποδεικνύεται το ελληνικό σύστημα υγείας δέχθηκε κατά τα χρόνια της κρίσης το πλέον ισχυρό πλήγμα σε σύγκριση με την αναπτυξιακή και βελτιωμένη πορεία των συστημάτων των υπόλοιπων ευρωπαϊκών χωρών.

Το ελληνικό σύστημα υγείας, λόγω της ελλιπούς ανάλογης δομής και χρηματοδότησης αποδείχθηκε πολύ ευάλωτο κατά την παρούσα οικονομική κρίση, αφού δεν μπόρεσε να περιορίσει αισθητά τα ελλείμματα, τα οποία είχαν συσσωρευθεί, ώστε να βελτιώσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επειδή η κοινωνία συνεχώς βελτιώνεται και οι ανάγκες των πολιτών ως προς την ποιότητα συνεχώς αυξάνονται, για αυτό είναι επιτακτική η ανάγκη της δημιουργίας ενός βελτιωμένου συστήματος υγείας, έτσι σχεδιασμένο, που θα είναι εναρμονισμένο με τα συστήματα υγείας των λοιπών χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Για να επιτευχθεί ο στόχος βελτίωσης της θέσης της Ελλάδας σε σύγκριση με τις λοιπές χώρες της Ευρώπης θα πρέπει να γίνει ορθολογική και αποτελεσματική αξιοποίηση των πόρων που διατίθενται κυρίως από το κράτος στην παροχή των υπηρεσιών υγείας.

Η ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας καθιστά αναγκαία τη χρήση των τεχνολογιών της πληροφορικής και της επικοινωνίας, αφού ο τομέας παροχής υγείας θεωρείται ως εντάσεως πληροφορίας και γνώσης. Για παράδειγμα, ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος αποσκοπεί στην υποστήριξη της φροντίδας υγείας του ατόμου εφ' όρου ζωής. Επίσης, η τηλεϊατρική, σαν εφαρμογή ενός πληροφοριακού συστήματος, συμβάλει στο μηδενισμό της απόστασης μεταξύ του παρόχου των υπηρεσιών υγείας με τον ασθενή και έτσι παρέχει στον ασθενή, μέσω ανταλλαγής πληροφοριών, τη διάγνωση, τη θεραπεία και τη φροντίδα. Το πληροφοριακό σύστημα ενός νοσοκομείου σαν σύστημα οργάνωσης, διοίκησης και σχεδιασμού μπορεί να ικανοποιήσει στο μέγιστο βαθμό τις ανάγκες και τις απαιτήσεις του νοσοκομείου με την ελαχιστοποίηση των ιατρικών και όχι μόνο λαθών. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, την ελαχιστοποίηση των λαθών και τον καλύτερο και αποτελεσματικότερο έλεγχο στη συνταγογράφηση.

Αναφορικά με την αισθητή μείωση της επισκεψιμότητας στα κέντρα του ιαματικού τουρισμού στην Ελλάδα και την αντιστροφή του όλου αρνητικού κλίματος συνιστάται νέος επαναπροσδιορισμός ενός νέου μοντέλου ανάπτυξης και χάραξης μιας αναπτυξιακής στρατηγικής, ώστε μέσω βελτιωμένων και σύγχρονων εγκαταστάσεων να παρέχονται περισσότερες, ποιοτικές και ανταγωνιστικές υπηρεσίες.

Ο ιατρικός τουρισμός στην Ελλάδα για να γίνει εφάμιλλος και ανταγωνιστικός με τις λοιπές χώρες που πρωτοστατούν στην παροχή των υπηρεσιών αυτών θα πρέπει να αξιοποιεί στο μέγιστο δυνατό βαθμό τους πόρους που προέρχονται από την Ευρωπαϊκή Ένωση για το σκοπό αυτό, να βελτιώνει συνεχώς τις παρεχόμενες υπηρεσίες και να διατηρεί το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα ως προς το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας Π1

Recent significant changes to family benefits (family/child/birth/child care/tax credits and breaks)

Country	Type of benefit	Year phased in	Benefit level/duration	Eligibility	Details
Australia	Various	2011–2014	+/-	-	New paid parental leave. More generous family tax benefit supplement for dependent 16- to 19-year-olds in full-time secondary education. Temporary freeze on indexation of benefit amounts and income thresholds of family tax benefits. Child birth benefits more restrictive and less generous.
Austria	Family	2011	-	-	More restrictive to over-18s. Less generous supplement for low-income families with multiple children.
Belgium	Child	2013	-	-	More restrictive and less generous to over-18s. Cuts to school bonus supplement.
Bulgaria	Child	2013–2014	+		More generous child allowances and child-care leave benefits.
Canada	Parental leave	2011		+	Paid maternity and parental leave extended to the self-employed, subject to conditions.
	Tax credits	2011	+		Two new narrowly targeted non-refundable tax credits.
Chile	Various	2010–2013	+	+	Higher family allowance and maternity benefit (including a new bonus payment from March 2014). More generous cash-transfer programme for families in extreme poverty.
Croatia	Tax break	2012	+		Income tax allowances for dependent children increased.
Cyprus	Family	2011–2012	+/-	-	More restrictive and less generous child benefit and student grant; new lone-parent supplement.
Czech Republic	Family	2011–2012		-	Social allowance abolished, but care allowance for disabled children increased; birth grant more restrictive.
Denmark	Family	2012	+	+	Abolished ceiling on number of children eligible. Increased allowances for disabled children.
		2014	+	-	Income ceiling introduced. New benefit supplement for parents in vocational training.
Estonia	Family	2013	+		More generous child benefit. New supplementary benefit for low-income families.
Finland	Family	2013	-		Freeze on indexation of child benefit amounts until 2015.
	Child care	2014	+		Increased amounts of basic rates of maternity/paternity/parental leave benefits; child home care, private day care and partial care allowances.
France	Family	2014	+/-	-	Reduction in the basic child allowance for under-3s (in families above a certain income level); baby bonus eligibility more restrictive; gradual increase in supplement for large families and lone-parent families.
	Tax break	2014	-		Child tax allowances reduced. 'Family quotient ceiling' reduced.
Germany	Family	2010	+		More generous child benefit and child tax benefit. More generous means-tested child allowance (from 2014).
	Parental leave	2011	-	-	Stricter eligibility and lower earnings-replacement rate.
Greece	Family	2013	+	+	New means-tested single child benefit introduced.
Hungary	Family	2011		-	Family allowance more restrictive with respect to child age.
	Tax break	2011–2014	+	+	Family tax allowances more generous and less restrictive (alongside the introduction of a flat rate income tax). From 2014, family tax allowances can be deducted from social security contributions.
Iceland	Family	2013	+		Child benefit amounts increased.
Ireland	Family	2010–2013	-	+	Successive cuts to child benefit amounts; new means-tested benefits for low income families introduced.
	Tax credits	2011	-		Tax credits for lone-parent families decreased.
Israel	Family	2013	-	-	Benefit cuts; income ceiling introduced.
Italy	Family	2014		+	Cash transfers to low-income families extended to migrants (both EU and non-EU citizens).
	Child care	2013		+	Child-care voucher for mothers not using parental leave.
Japan	Family	2010	+	+/-	Child allowance extended to children under 15, income test abolished (but re-introduced in 2012) and benefit amounts increased. Child rearing allowance extended to lone fathers.
	Tax breaks	2011		-	Tax breaks for dependent children abolished.
Latvia	Child care	2014	+	+	More generous and less restrictive. Formerly for uninsured persons only.
	Child care	2013		+	New child-care cost subsidy for pre-school children.
	Parental	2010		-	Income ceiling introduced. Restrictions on work (to be reversed in late 2014).

Πηγή: Unicef, OECD

Πίνακας Π2

Recent significant changes to family benefits (family/child/birth/child care/tax credits and breaks)

Country	Type of benefit	Year phased in	Benefit level/duration	Eligibility	Details
Lithuania	Family	2010		-	Eligibility criteria more restrictive.
	Tax breaks	2014	+		Tax allowance increased for first child.
Luxembourg	Parental leave	2013	+		Increased duration of unpaid parental leave.
Malta	Child	2011	+		Increase in child allowance minimum rate.
	Tax breaks	2011–2012	+		Temporary exemption from income tax for women with children who return to work after a five-year absence. New tax regime for parents introduced.
	Parental leave	2012–2013	+		Paid maternity leave extended by four weeks.
	Child care	2014		+	Free child care for parents in education or employment.
Netherlands	Family	2011–2013	+/-	-	Child allowance for second and subsequent children increased (reduced in 2012, increased in 2013). Income ceiling lowered. Reform planned for 2015.
	Child care	2012	-	-	Child-care allowance lowered and eligibility restricted.
New Zealand	Tax credits	2012	+	-	Higher rate, but lower income ceiling.
Norway	Child care	2012	+	-	'Cash for care' benefit abolished for 2-year-olds, but made more generous for children aged 13 to 18 months.
Poland	Family	2012	+	+	Benefit amounts and income ceilings increased.
		2013		-	Income testing of birth grant introduced.
	Tax breaks	2013	+	-	Tax allowances for families with more than two children increased; income test introduced for families with one child.
	Parental leave	2013		+	Paid parental leave implemented.
Portugal	Child	2011		-	Income ceiling lowered.
	Tax breaks	2013	+		Tax allowances for children increased.
Republic of Korea	Child care	2013		+	Child-care subsidy extended and no longer income tested.
	Tax breaks	2013		+	Tax breaks for lone-parent families introduced.
	Parental leave	2011	+		More generous parental leave benefit (40% of earnings, up to a ceiling), with the minimum equal to the former flat rate.
Romania	Family	2011	-	-	Less generous for families with one child. More restrictive income testing.
Slovakia	Parental leave	2011	+		Unified parental leave benefit introduced (indexed regularly), allowing parents to work without loss of benefit. Length of maternity leave extended and replacement rate increased from 60% to 65%.
Slovenia	Family	2012	-	-	Less generous and more restrictive (until GDP growth exceeds 2.5%).
Spain	Family	2010	-	-	Birth grant abolished. Means-tested child benefit amount cut for under-3s.
Sweden	Family	2010	+		Benefit amounts increased.
Turkey	Other	2012		+	General health insurance introduced (free healthcare for all children).
United Kingdom	Child	2010	-		No indexation of benefit amounts for three years. 'Health in pregnancy' grant abolished.
		2013		-	Income ceiling introduced.
	Tax credits	2009–2012	-	-	Income ceiling lowered. Changes in indexation of benefit amounts. Work requirement for couples with children increased.
	Child care	2011	-		Child-care element of tax credits reduced.
		2013		+	15 hours a week of free child care extended to 2-year-olds.
Other	2013	-		Spare room subsidy abolished. Benefit cap introduced.	
United States	Tax credits	2010–2012	+		'Additional Child Tax Credit' extended until 2017. It was due to expire in 2010, then in 2012.
	Other	2009–2013	+		Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) increased benefit amounts until 2013.

Πηγή: Unicef, OECD

Πίνακας Π4

Results of the Euro Health Consumer Index 2006

Country	Rank	Total score	Outcomes										Provision levels ("generosity" of public healthcare systems)	Pharmaceuticals						
			Heart infarct mortality <28 days after hospital	Infant deaths/1000 live births	Breast cancer mortality, SDR/100000	Colorectal cancer mortality, SDR/100000	Diabetes: % of patients with high HbA1c levels	MRSA infections	Avoidable deaths – Potential years of Life Lost (PYLL)	Cataract operation rates per 100000 citizens (age- adjusted)	Infant polio/myelitis vaccination %	Dental care a part of public healthcare offering?	Rx subsidy %	Layman-adapted pharmacopoeia	Speed of deployment of novel cancer drugs	Access to new drugs				
Austria	8	498	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3
Belgium	7	533	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Cyprus	19	422	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Czech Republic	22	403	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Denmark	10	473	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Estonia	20	421	1	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Finland	9	496	2	3	3	3	(2)	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
France	1	576	2	2	2	2	(2)	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Germany	3	571	2	2	2	2	(2)	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Greece	17	434	1	2	3	3	(2)	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Hungary	14	453	1	1	1	1	(2)	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Ireland	25	359	2	1	2	2	(2)	2	1	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Italy	11	471	2	2	2	2	(2)	3	1	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Latvia	24	365	1	1	1	1	(2)	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Lithuania	26	340	1	1	2	2	(2)	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Luxemburg	6	546	2	2	2	2	(2)	3	1	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Malta	13	463	1	2	2	2	(2)	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Netherlands	2	572	3	2	1	2	(2)	2	3	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Poland	21	409	1	1	3	2	(2)	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Portugal	16	435	1	3	3	2	(2)	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Slovakia	23	369	1	1	3	3	(2)	1	3	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Slovenia	12	466	3	3	2	2	(2)	3	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Spain	17	434	2	2	3	2	(3)	1	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Sweden	4	566	3	3	3	3	(1)	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Switzerland	5	563	2	2	2	2	(2)	2	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
United Kingdom	15	436	3	2	1	2	(2)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

Πηγή: EHCI 2006

Πίνακας Π5

Results of the Euro Health Consumer Index 2008

Euro Health Consumer Index 2008																		
Sub-discipline	Indicator	Austria	Belgium	Bulgaria	Croatia	Cyprus	Czech Republic	Denmark	Estonia	Finland	France	FYR Macedonia	Germany	Greece	Hungary	Ireland	Italy	
1. Patient rights and information	1.1. Healthcare law based on Patients' Rights	●	●	○	●	●	○	●	●	●	●	●	○	●	●	○	○	
	1.2. Patient organisations involved in decision making	○	●	○	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	1.3. In-built medicare insurance	○	○	○	○	○	○	●	○	●	●	○	○	○	○	○	○	
	1.4. Right to second opinion	●	●	●	●	○	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○
	1.5. Access to own medical record	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	1.6. Register of legal doctors	●	○	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	●	●	●	●	●
	1.7. Web or 24/7 telephone helpline with interactivity	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	1.8. Cross-border care information	●	●	●	n.a.	●	○	●	●	●	●	●	n.a.	○	●	●	○	●
	Subdiscipline weighted score	100	106	88	94	88	81	144	125	131	113	88	100	100	119	88	100	
	2. e-Health	2.1. Provider catalogue with quality ranking	○	○	○	○	●	○	●	○	○	●	○	○	○	○	○	○
2.2. EPR penetration		●	●	●	n.a.	●	●	●	●	●	●	●	●	○	●	●	●	
2.3. e-transfer of medical data		●	○	○	n.a.	○	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
2.4. e-prescriptions		○	○	○	n.a.	○	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
Subdiscipline weighted score		50	42	50	33	50	42	100	50	58	50	50	50	33	58	42	42	
3. Waiting time for treatment	3.1. Family doctor same day access	●	●	●	●	●	●	●	●	○	●	●	●	○	●	●	●	
	3.2. Direct access to specialist	●	●	○	○	●	●	○	○	○	●	○	●	●	●	○	○	
	3.3. Major non-acute operations <90 days	●	●	●	n.a.	○	●	●	●	○	●	n.a.	●	●	●	●	●	
	3.4. Cancer therapy <31 days	●	●	●	n.a.	●	●	●	●	●	●	n.a.	●	●	●	○	○	
	3.5. MRI scan < 7days	●	○	●	n.a.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	Subdiscipline weighted score	173	173	133	93	120	147	120	147	80	133	93	187	133	160	107	120	
4. Outcomes	4.1. Heart infarct case fatality	●	●	●	n.a.	●	●	●	●	●	●	n.a.	○	○	○	○	○	
	4.2. Infant deaths	●	●	○	○	●	●	●	●	●	●	○	●	●	○	○	○	
	4.3. Cancer 5-year survival	●	●	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	4.4. Avoidable deaths - years of Life Lost	●	●	○	○	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	4.5. MRSA infections	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	4.6. Rate of decline of suicide	●	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	4.7. % of patients with high BAK/c levels (>7)	○	○	n.a.	n.a.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
Subdiscipline weighted score	202	131	107	119	143	179	214	143	214	190	107	190	179	131	190	190		
5. Range and reach of services provided	5.1. Cataract operations per 100 000 age 65+	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	
	5.2. Infant 4-disease vaccination	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	5.3. Kidney transplants per million pop.	●	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	
	5.4. Dental care affordability	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	5.5. Rate of mammography	○	○	n.a.	○	n.a.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	5.6. Informal payments to doctors	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
Subdiscipline weighted score	108	133	58	75	75	92	117	92	133	108	75	100	67	92	92	100		
6. Pharmaceuticals	6.1. Rx subsidy	●	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	
	6.2. Layman-adopted pharmacopoeia?	●	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	
	6.3. New cancer drugs deployment speed	●	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	
	6.4. Access to new drugs (time to subsidy)	●	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	
	Subdiscipline weighted score	150	75	50	50	88	100	125	113	88	100	50	113	88	88	125	88	
Total score		784	661	486	464	563	640	820	669	705	695	463	740	599	647	643	640	
Rank		3	12	28	29	21	16	2	11	9	10	30	6	19	14	15	16	

Πηγή: EHCI 2008

Πίνακας Π6

Results of the Euro Health Consumer Index 2008

Euro Health Consumer Index 2008		Latvia	Lithuania	Luxembourg	Malta	Netherlands	Norway	Poland	Portugal	Romania	Slovakia	Slovenia	Spain	Sweden	Switzerland	United Kingdom	
1. Patient rights and information	1.1. Healthcare law based on Patients' Rights	○	●	○	○	●	●	○	○	○	●	●	○	○	●	○	○
	1.2. Patient organisations involved in decision making	○	●	○	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	1.3. No-fault malpractice insurance	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	1.4. Right to second opinion	○	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	1.5. Access to own medical record	○	●	●	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	1.6. Register of legit doctors	○	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	1.7. Web or 24/7 telephone helpline with interactivity	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	1.8. Cross-border care information	○	●	●	●	○	n.a.	○	○	○	○	○	○	○	n.a.	○	
	Subdiscipline weighted score	56	131	106	94	125	106	94	63	81	94	119	75	100	100	100	94
	2. e-Health	2.1. Provider catalogue with quality ranking	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2.2. ePR penetration		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2.3. e-transfer of medical data		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2.4. e-prescriptions		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Subdiscipline weighted score		33	33	42	33	92	75	33	42	33	42	50	50	75	50	92	
3. Waiting time for treatment	3.1. Family doctor same day access	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	3.2. Street access to specialist	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	3.3. Major non-acute operations <90 days	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	3.4. Cancer therapy < 31 days	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	3.5. MRI scan < 7days	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Subdiscipline weighted score	67	120	187	107	133	107	107	80	160	133	80	93	80	187	93	
4. Outcomes	4.1. Heart infarct case fatality	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	4.2. Infant deaths	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	4.3. Cancer 5-year survival	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	4.4. Avoidable deaths – years of life lost	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	4.5. MRSA infections	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	4.6. Rate of decline of asthmas	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	4.7. % of patients with high BbA1c levels (>7)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Subdiscipline weighted score	143	119	190	119	214	202	131	131	71	95	167	179	238	167	155	
5. Range and reach of services provided	5.1. Cataract operations per 100 000 age 65+	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	5.2. Infant 4-diphtheria vaccination	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	5.3. Kidney transplants per million pop.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	5.4. Dental care affordability	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	5.5. Rate of mammography	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	5.6. Informal payments to doctors	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Subdiscipline weighted score	100	67	133	92	150	117	83	92	67	92	92	117	125	83	117		
6. Pharmaceuticals	6.1. Rx subsidy	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	6.2. Layman-adapted pharmacopoeia?	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	6.3. New cancer drugs deployment speed	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	6.4. Access to new drugs (time to subsidy)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Subdiscipline weighted score	50	50	100	88	125	100	63	100	75	100	75	125	125	125	100	
Total score	449	520	758	532	839	707	511	507	488	556	582	639	743	712	650		
Rank	31	24	4	23	1	8	25	26	27	22	20	18	5	7	13		

Πηγή: EHCI 2008

Πίνακας Π7

Results of the Euro Health Consumer Index 2009

EuroHealth Consumer Index 2009		Albania	Austria	Belgium	Bulgaria	Croatia	Cyprus	Czech Republic	Denmark	Estonia	Finland	France	FYR Macedonia	Germany	Greece	Hungary	Iceland	
Sub-discipline	Indicator																	
1. Patient rights and information	1.1 Healthcare law based on Patients' Rights	●	●	●	○	●	●	○	●	●	●	●	●	○	●	●	●	●
	1.2 Patient organisations involved in decision making	○	●	●	○	●	○	○	●	●	○	●	○	●	○	○	●	○
	1.3 No-fault malpractice insurance	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	1.4 Right to second opinion	●	●	●	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	1.5 Access to own medical record	●	●	●	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	1.6 Register of legit doctors	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	1.7 Web or 24/7 telephone HC info with accessibility	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	1.8 Cross-border care seeking financed from home	n.ap.	○	○	○	n.ap.	○	○	○	○	○	○	○	n.ap.	○	○	○	n.ap.
	1.9 Provider catalogue with quality rankings	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Subdiscipline weighted score		117	149	130	84	117	110	84	175	130	143	143	110	123	84	136	143
2. e-Health	2.1 EPR penetration	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	2.2 e-transfer of medical data between health professionals	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	2.3 Lab test results communicated direct to patients via e-health solutions?	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	2.4 Do patients have access to on-line booking of appointments?	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	2.5 on-line access to check how much doctor/clinics have charged insurers for	n.ap.	○	○	○	n.ap.	○	○	○	n.ap.	n.ap.	n.ap.	○	n.ap.	○	○	○	n.ap.
	2.6 e-prescriptions	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Subdiscipline weighted score		29	50	38	42	54	38	38	63	46	50	33	50	38	25	46	54	
3. Waiting time for treatment	3.1 Family doctor same day access	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	3.2 Direct access to specialist	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	3.3 Major non-acute operations <56 days	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	3.4 Cancer therapy < 21 days	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	3.5 CT scan < 7 days	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Subdiscipline weighted score		187	173	187	120	120	160	133	120	120	93	173	160	187	147	147	173
4. Outcomes	4.1 Heart infarct case fatality	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○
	4.2 Infant deaths	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	4.3 Ratio of cancer deaths to incidence 2006	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	4.4 Preventable Years of Life Lost	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	4.5 MRSA infections	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○
	4.6 Rate of decline of suicide	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	4.7 % of diabetics with high HbA1c levels (> 7)	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Subdiscipline weighted score		95	190	155	95	143	155	190	202	143	226	202	107	214	190	119	226
5. Range and reach of services provided	5.1 Equity of healthcare systems	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	5.2 Cataract operations per 100 000 age 65+	n.a.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○
	5.3 Infant d. disease vaccination	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	5.4 Kidney transplants per million pop.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	5.5 Is dental care included in the public health care offering?	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	5.6 Role of mammography	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	5.7 Informal payments to doctors	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Subdiscipline weighted score		64	107	136	57	93	100	121	121	100	121	114	86	100	79	86	114
6. Pharmaceuticals	6.1 Rx subsidy	n.a.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	6.2 Lagman-adapted pharmacopoeia?	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	6.3 Novol cancer drugs deployment rate	○	○	○	○	n.a.	n.a.	○	○	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	n.a.
	6.4 Access to new drugs (time to subsidy)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○
	Subdiscipline weighted score		50	125	88	50	100	75	100	138	100	88	113	63	125	75	100	100
Total score		542	795	732	448	627	637	667	819	638	721	778	576	787	600	633	811	
Rank		30	4	11	33	23	19	17	2	18	12	7	25	6	24	20	3	

Πηγή: EHCI 2009

Πίνακας Π8

Results of the Euro Health Consumer Index 2009

EuroHealth Consumer Index 2009																					
Sub-discipline	Indicator	Ireland	Italy	Latvia	Lithuania	Luxembourg	Malta	Netherlands	Norway	Poland	Portugal	Romania	Slovakia	Slovenia	Spain	Sweden	Switzerland	United Kingdom	United		
1. Patient rights and information	1.1 Healthcare law based on Patients' Rights	●	●	○	●	●	○	●	●	●	●	●	●	●	●	○	●	●	●	●	
	1.2 Patient organisations involved in decision making	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	●	●	●	●	
	1.3 No-fault malpractice insurance	○	○	○	●	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	1.4 Right to second opinion	●	●	○	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	1.5 Access to own medical record	●	●	●	●	●	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	1.6 Register of legit doctors	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	1.7 Web or 24/7 telephone HC info with interactivity	●	○	○	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	1.8 Cross-border care seeking financed from home	○	●	○	○	○	○	○	n.a.p.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	n.a.p.	○	○
	1.9 Provider catalogue with quality ranking	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Subdiscipline weighted score		110	110	91	136	136	97	162	136	117	123	91	104	149	84	117	136	123		
2. e-Health	2.1 EPR penetration	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	2.2 e-transfer of medical data between health professionals	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	2.3 Lab test results communicated direct to patients via e-health solutions?	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	2.4 Do patients have access to on-line booking of appointments?	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	2.5 on-line access to check how much doctors/clinics have charged insurers for e-prescriptions	n.a.p.	n.a.p.	n.a.p.	n.a.p.	n.a.p.	n.a.p.	○	n.a.p.	n.a.p.	n.a.p.	○	○	n.a.p.	n.a.p.	n.a.p.	○	○	n.a.p.	○	○
	Subdiscipline weighted score		42	33	29	38	42	29	63	50	38	67	25	29	38	42	54	46	54		
3. Waiting time for treatment	3.1 Family doctor same day access	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	3.2 Direct access to specialist	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	3.3 Major non-acute operations <90 days	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	3.4 Cancer therapy < 21 days	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	3.5 CT scan < 7days	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Subdiscipline weighted score		120	120	120	120	173	120	147	107	107	80	120	133	120	93	93	187	80		
4. Outcomes	4.1 Heart infarct case fatality	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	4.2 Infant deaths	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	4.3 Ratio of cancer deaths to incidence 2006	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	4.4 Preventable Years of Life Lost	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	4.5 MRSA infections	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	4.6 Rate of decline of suicide	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	4.7 % of diabetics with high HbA1c levels (> 7)	●	●	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	n.a.	n.a.	○	○	○	○	n.a.	○	○	○
	Subdiscipline weighted score		202	214	131	131	202	131	226	226	131	155	107	95	155	179	250	214	179		
5. Range and reach of services provided	5.1 Equity of healthcare systems	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	5.2 Cataract operations per 100 000 age 65+	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	5.3 Infant 4-disease vaccination	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	5.4 Kidney transplants per million pop.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	5.5 % dental care included in the public healthcare offering?	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	n.a.	○	○
	5.6 Rate of mammography	○	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	5.7 Informal payments to doctors	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Subdiscipline weighted score		114	93	79	71	136	100	129	121	86	107	71	86	107	107	136	93	121		
6. Pharmaceuticals	6.1 Rx subsidy	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	6.2 Layman-adapted pharmacopoeia?	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	6.3 Novel cancer drugs deployment rate	○	○	○	○	○	n.a.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	6.4 Access to new drugs (time to subsidy)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Subdiscipline weighted score		113	100	63	50	88	88	138	100	88	100	75	113	100	125	113	113	125		
Total score		701	671	512	546	777	565	863	740	565	632	489	560	668	630	762	788	682			
Rank		13	15	31	29	8	26	1	10	26	21	32	28	16	22	9	5	14			

Πηγή: EHCI 2009

Πίνακας Π9

Results of the Euro Health Consumer Index 2012

EuroHealth Consumer Index 2012		Albania	Austria	Belgium	Bulgaria	Croatia	Cyprus	Czech Republic	Denmark	Estonia	Finland	France	FYR Macedonia	Germany	Greece	Hungary	Iceland	Ireland	
1. Patient rights and information	1.1 Healthcare law based on Patients' Rights	A	A	B	B	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
	1.2 Patient organisations involved in decision making	B	A	B	B	A	A	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
	1.3 No-fee and public insurance	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
	1.4 Right to second opinion	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
	1.5 Access to own medical record	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
	1.6 Registry of hospital doctors	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
	1.7 Web or 24/7 telephone HC info with interactivity	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
	1.8 Cross-border care seeking financed from home	n.a.p.	B	B	B	n.a.p.	B	B	B	B	B	B	B	n.a.p.	B	B	B	n.a.p.	B
	1.9 Provider catalogue with quality ranking	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
	1.10 EPR penetration	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
	1.11 Patients' access to on-line booking of appointments?	A	B	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
	1.12 e-prescriptions	B	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
	Subdiscipline weighted score		102	141	117	88	146	112	107	175	141	131	136	112	117	88	122	146	107
	2. Accessibility (waiting times for treatment)	2.1 Family doctor same day access	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
2.2 Direct access to specialist		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
2.3 Major elective surgery <90 days		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
2.4 Cancer therapy < 21 days		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
2.5 CT scan < 7days		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
Subdiscipline weighted score		217	217	233	133	133	183	183	167	167	133	167	183	200	200	167	183	150	
3. Outcomes	3.1 Heart infarct case fatality	B	A	B	B	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
	3.2 Infant deaths	B	A	B	B	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
	3.3 Cancer deaths relative to incidence	B	A	B	B	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
	3.4 Preventable Years of Life Lost	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
	3.5 MRSA infections	B	A	B	B	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
	3.6 Caesarean sections	B	A	B	B	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
	3.7 Undiagnosed diabetes	B	A	B	B	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
	3.8 Depression	n.a.	A	A	A	n.a.	A	A	A	A	A	A	A	n.a.	A	A	A	n.a.	A
Subdiscipline weighted score		113	188	213	138	200	188	225	250	175	250	238	113	200	175	130	263	230	
4. Prevention/ Range and reach of services provided	4.1 Equity of healthcare systems	B	A	B	B	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
	4.2 Cataract operations	n.a.	A	B	B	A	A	A	A	A	A	A	A	n.a.	A	A	A	A	
	4.3 Infant 4-disease vaccination	B	A	B	B	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
	4.4 Kidney transplants per million pop.	B	A	B	B	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
	4.5 Breast care included in the public healthcare offering?	B	A	B	B	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
	4.6 Rate of mammography	B	A	B	n.a.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
	4.7 Minimal payments to doctors	B	A	B	B	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
	4.8 Smoking Prevention	n.a.	B	A	B	n.a.	A	A	A	A	A	A	A	n.a.	A	A	A	A	
	4.9 Long term care for the elderly	B	A	B	B	n.a.	n.a.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
	4.10 % of dialysis done outside of clinic	n.a.	B	B	B	A	n.a.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
Subdiscipline weighted score		70	111	140	64	128	88	117	140	123	152	140	82	111	88	90	146	134	
5. Pharmaceuticals	5.1 Rx subsidy	B	A	B	B	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
	5.2 Layman adapted pharmacopoeia?	B	A	B	B	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
	5.3 Novel cancer drugs deployment rate	n.a.	A	B	B	n.a.	A	A	A	A	A	A	A	n.a.	A	A	A	A	
	5.4 Access to new drugs (time to market)	B	A	B	n.a.	n.a.	A	A	A	A	A	A	A	n.a.	A	A	A	A	
	5.5 Alzheimer drugs	n.a.	A	B	B	n.a.	A	A	A	A	A	A	A	n.a.	A	A	A	A	
	5.6 Schizophrenia drugs	n.a.	A	B	B	n.a.	A	A	A	A	A	A	A	n.a.	A	A	A	A	
	5.7 Awareness of the efficiency of antibiotics against viruses	n.a.	B	B	B	B	A	A	A	A	A	A	A	n.a.	A	A	A	n.a.	A
Subdiscipline weighted score		33	81	81	33	48	57	62	90	48	86	86	38	76	67	52	62	86	
Total score		535	737	783	456	655	627	694	822	653	752	766	527	704	617	577	799	714	
Rank		29	11	5	33	17	20	15	2	18	10	8	30	14	22	27	3	13	

Πίνακας Π10

Results of the Euro Health Consumer Index 2012

EuroHealth Consumer Index 2012		Italy	Latvia	Lithuania	Luxembourg	Malta	Netherlands	Norway	Poland	Portugal	Romania	Serbia	Slovakia	Slovenia	Spain	Sweden	Switzerland	United Kingdom
Sub-discipline	Indicator																	
1. Patient rights and information	1.1 Healthcare law based on Patients' Rights																	
	1.2 Patient organisations involved in decision making																	
	1.3 No-level malpractice insurance																	
	1.4 Right to second opinion																	
	1.5 Access to own medical record																	
	1.6 Registry of best-side doctors																	
	1.7 Web or 24/7 telephone HC info with interactivity																	
	1.8 Cross-border care seeking financed from home						n.a.					n.a.					n.a.	
	1.9 Provider catalogue with quality ranking																	
	1.10 EPR penetration																	
	1.11 Patients' access to on-line booking of appointments?																	
	1.12 e-prescriptions																	
Subdiscipline weighted score		131	107	131	112	88	170	160	126	126	88	102	122	112	102	141	126	160
2. Accessibility (waiting times for treatment)	2.1 Family doctor same day access																	
	2.2 Direct access to specialist																	
	2.3 Major elective surgery <30 days																	
	2.4 Cancer therapy < 21 days																	
	2.5 CT scan < 7days																	
Subdiscipline weighted score		133	117	183	233	183	200	83	117	117	167	117	200	133	100	100	233	133
3. Outcomes	3.1 Heart infarct case fatality																	
	3.2 Infant deaths																	
	3.3 Cancer deaths relative to incidence																	
	3.4 Preventable Years of Life Lost																	
	3.5 MRSA infections																	
	3.6 Caesarian sections																	
	3.7 Undiagnosed diabetes																	
	3.8 Depression											n.a.					n.a.	
Subdiscipline weighted score		213	138	138	250	163	263	300	188	163	100	113	188	213	213	300	213	200
4. Prevention/ Range and reach of services provided	4.1 Equity of healthcare systems																	
	4.2 Cataract operations											n.a.						
	4.3 Infant 4-disease vaccination																	
	4.4 Kidney transplants per million pop.																	
	4.5 Dental care (included in the public healthcare offered)?																	
	4.6 Rate of mammography											n.a.						
	4.7 Informal payments to doctors																	
	4.8 Smoking Prevention											n.a.						
	4.9 Long term care for the elderly											n.a.						
	4.10 % of dialysis done outside of clinic				n.a.												n.a.	
Subdiscipline weighted score		93	88	99	134	128	163	146	99	117	88	82	99	99	117	158	111	146
5. Pharmaceuticals	5.1 Rx subsidy																	
	5.2 Layman-adapted pharmacopoeia?																	
	5.3 Novel cancer drugs deployment rate																	
	5.4 Access to new drugs (time to availability)		n.a.	n.a.		n.a.												
	5.5 Alzheimer drugs																	
	5.6 Schizophrenia drugs																	
5.7 Awareness of the efficacy of antibiotics against viruses							n.a.					n.a.					n.a.	
Subdiscipline weighted score		52	43	33	62	48	76	67	48	67	48	38	67	81	71	76	86	81
Total score		623	491	585	791	609	872	756	577	589	489	451	675	638	603	775	769	721
Rank		21	31	26	4	26	1	9	27	25	32	34	16	19	24	6	7	12

Πηγή: EHCI 2012

Πίνακας Π11

Results of the Euro Health Consumer Index 2013

EuroHealth Consumer Index 2013																			
Sub-discipline	Indicator	Albania	Austria	Belgium	Bulgaria	Croatia	Cyprus	Czech Republic	DENMARK	Estonia	Finland	France	Germany	Greece	Hungary	Iceland	Ireland	Italy	
1. Patient rights and information	1.1 Healthcare law based on Patients' Rights	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.2 Patient organizations involved in decision making	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.3 No-fault malpractice insurance	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.4 Right to second opinion	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.5 Access to own medical record	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.6 Reply of born life doctor	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.7 Web or 24/7 telephone HC info with transparency	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.8 Cross-border care seeking financed from home	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍
	1.9 Provider catalogue with quality ranking	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍
	1.10 EPR penetration	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.11 Patients' access to on-line booking of appointments?	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.12 e-prescriptions	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	Subdiscipline weighted score		83	117	92	88	121	75	79	142	129	117	117	92	125	71	96	125	92
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 < 7days	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	2.6 A&E waiting times	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	Subdiscipline weighted score		200	200	225	175	138	138	175	163	125	125	188	163	200	138	138	150	138
3. Outcomes	3.1 Heart infarct case fatality	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.2 Infant deaths	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.3 Cancer deaths relative to incidence	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.4 Preventable Years of Life Lost	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.5 MRSA infections	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.6 Abortion rates	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.7 Depression	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
Subdiscipline weighted score		107	167	179	95	155	155	179	214	155	226	190	107	202	155	107	250	179	179
4. Range and reach of services provided	4.1 Equity of healthcare systems	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	4.2 Cataract operations per 100 000 age 65+	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	4.3 Kidney transplants per million pop.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	4.4 Is dental care included in the public healthcare system?	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	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	113	131	50	113	75	106	138	106	125	113	69	100	69	75	131	113
5. Prevention	5.1 Infant 5-disease vaccination	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	5.2 Blood pressure	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	5.3 Smoking Prevention	n.a.	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	5.4 Alcohol	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	5.5 Physical activity	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	5.6 Untreated diabetes	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	5.7 HPV vaccination	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	5.8 Sugar intake	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
Subdiscipline weighted score		68	73	99	68	73	78	73	83	52	99	94	78	78	83	73	104	94	99
6. Pharmaceuticals	6.1 Rx subsidy	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	6.2 Layman-adapted pharmacopoeia?	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	6.3 Novel cancer drugs deployment rate	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	6.4 Access to new drugs (free to subsidy)	👍	👍	👍	n.a.	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍
	6.5 Arthritis drugs	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍
	6.6 Schizophrenia drugs	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	6.7 Antibiotics/capita	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍
Subdiscipline weighted score		33	81	71	52	57	62	71	76	57	81	76	38	90	52	57	57	76	57
Total score		542	750	797	528	656	582	683	815	624	773	777	546	796	568	546	818	690	651
Rank		29	12	6	30	19	24	15	4	22	10	9	27	7	25	28	3	14	20

Πηγή: EHCI 2013

Πίνακας Π12

Results of the Euro Health Consumer Index 2013

EuroHealth Consumer Index 2013		Latvia	Lithuania	Luxembourg	Malta	Netherlands	Norway	Poland	Portugal	Romania	Sardinia	Slovakia	Slovenia	Spain	Sweden	Switzerland	UK England	UK Scotland	
1. Patient rights and information	1.1 Healthcare law based on Patients' Rights	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	1.2 Patient organisations involved in decision making	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	1.3 No fault malpractice insurance	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	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 with interactivity	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	1.8 Cross-border care seeking financed from home	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	
	1.9 Provider catalogue with quality rating	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	1.10 DPH penetration	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	1.11 Patients' access to on-line booking of appointments?	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	1.12 e-prescriptions	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	Subdiscipline weighted score		100	121	96	75	142	138	83	117	92	79	113	108	92	117	113	129	129
	2. Accessibility (waiting times for treatment)	2.1 Family doctor same day access	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
2.2 Direct access to specialist		👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
2.3 Major elective surgery <60 days		👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
2.4 Cancer therapy <21 days		👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
2.5 CT scan <7 days		👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
2.6 A&E waiting times		👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
Subdiscipline weighted score			100	150	200	125	188	125	125	113	125	100	175	125	113	100	225	125	138
3. Outcomes	3.1 Heart infarct case fatality	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	3.2 Infant deaths	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	3.3 Cancer deaths relative to incidence	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	3.4 Preventable Years of Life Lost	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	3.5 MRSA infections	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	3.6 Abortion rates	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	3.7 Depression	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	Subdiscipline weighted score		107	143	190	119	226	238	119	167	83	83	143	190	179	226	226	167	179
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 In dental care included in the public healthcare offering?	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	4.5 Informal payments to doctors	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	4.6 Long term care for the elderly	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	
	4.7 % of dialysis done outside of clinic	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	
	4.8 Caesarean sections	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	Subdiscipline weighted score		69	81	131	119	150	138	69	100	63	69	75	88	125	138	113	131	119
5. Prevention	5.1 Infant 5-disease vaccination	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	5.2 Blood pressure	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	5.3 Smoking Prevention	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	5.4 Alcohol	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	5.5 Physical activity	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	5.6 Undiagnosed diabetes	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	5.7 HPV vaccination	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	5.8 Sugar intake	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	Subdiscipline weighted score		78	63	109	78	89	99	68	104	73	63	68	83	94	104	94	99	89
6. Pharmaceuticals	6.1 Rx subsidy	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	6.2 Legman-adopted pharmacovigilance?	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	6.3 Novel cancer drugs deployment rate	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	6.4 Access to new drugs (line to subsidy)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	6.5 Arthritis drugs	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	6.6 Schizophrenia drugs	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	6.7 Antibiotic/capita	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	Subdiscipline weighted score		62	57	67	43	76	76	57	71	43	57	76	71	62	71	81	67	67
Total score		516	615	794	559	870	813	521	671	478	451	649	666	663	756	851	718	719	
Rank		32	23	8	26	1	5	31	16	33	34	21	17	18	11	2	13	13	

Πηγή: EHCI 2013

Πίνακας Π13

Results of the Euro Health Consumer Index 2014

EuroHealth Consumer Index 2014		Albania	Austria	Belgium	Bulgaria	Croatia	Cyprus	Czech Republic	Denmark	Estonia	Finland	France	FR Medonia	Germany	Greece	Hungary	Ireland	Ireland	
Sub-discipline	Indicator																		
1. Patient rights and information	1.1 Healthcare law based on Patients' Rights	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	1.2 Patient organisations involved in decision making	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	1.3 No-lock independent insurance	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	1.4 Right to second opinion	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	1.5 Access to own medical record	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	1.6 Registry of bone file doctors	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	1.7 Web or 24/7 telephone HC info with emergency	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	1.8 Cross-border care seeking financed from home	n.a.p.	🟢	🟢	n.a.p.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	n.a.p.	🟢	🟢	🟢	n.a.p.	🟢	
	1.9 Provider catalogues with quality ranking	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	n.a.p.	
	1.10 EPR penetration	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	1.11 Patients' access to on-line booking of appointments?	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	1.12 e-prescriptions	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
Subdiscipline weighted score		92	125	100	54	79	104	83	100	142	121	133	117	138	121	58	96	130	83
2. Accessibility (waiting times for treatment)	2.1 Family doctor same day access	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	2.2 Direct access to specialist	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	2.3 Major elective surgery <90 days	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	2.4 Cancer therapy < 21 days	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	2.5 CT scan < 7days	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	2.6 A&E waiting times	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
Subdiscipline weighted score		200	200	225	75	163	163	150	175	200	150	175	213	188	138	163	163	88	
3. Outcomes	3.1 Decrease of CVD deaths	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	3.2 Decrease of stroke deaths	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	3.3 Infant deaths	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	3.4 Cancer survival	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	3.5 Preventable Years of Life Lost	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	3.6 MRSA infections	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	3.7 Abortion rates	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	3.8 Depression	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
Subdiscipline weighted score		104	177	198	115	125	156	177	177	198	177	219	198	104	229	156	115	229	198
4. Range and reach of services provided	4.1 Equity of healthcare systems	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	4.2 Cataract operations per 100 000 age 65+	n.a.	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	4.3 Kidney transplants per million pop.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	4.4 Is dental care included in the public healthcare offering?	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	4.5 Informal payments to doctors	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	4.6 Long term care for the elderly	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	4.7 % of dialysis done outside of clinic	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	4.8 Caesarean sections	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
Subdiscipline weighted score		50	119	138	69	56	100	75	119	131	119	138	113	94	94	69	80	125	100
5. Prevention	5.1 Infant 5-disease vaccination	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	5.2 Blood pressure	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	5.3 Smoking Prevention	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	5.4 Alcohol	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	5.5 Physical activity	n.a.	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	5.6 HPV vaccination	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	5.7 Traffic deaths	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
Subdiscipline weighted score		65	83	83	60	71	60	71	71	89	54	95	89	95	95	83	83	107	89
6. Pharmaceuticals	6.1 Rx subsidy	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	6.2 Layman adapted pharmacopoeia?	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	6.3 Novel cancer drugs deployment rate	n.a.	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	6.4 Access to new drugs (time to subsidy)	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	6.5 Arthritis drugs	n.a.	🟢	🟢	n.a.	n.a.	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	6.6 Metformin use	n.a.	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	n.a.	
	6.7 Antibiotic/capsula	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
Subdiscipline weighted score		33	76	76	48	52	57	62	71	76	57	86	71	57	86	57	57	57	86
Total score		545	780	820	420	547	640	619	714	836	677	846	763	700	812	561	601	818	644
Rank		30	10	6	36	29	23	24	15	5	17	4	11	16	9	28	25	7	22

Πηγή: EHCI 2014

Πίνακας Π14

Results of the Euro Health Consumer Index 2014

EuroHealth Consumer Index 2014		Italy	Latvia	Lithuania	Luxembourg	Malta	Montenegro	Netherlands	Norway	Poland	Portugal	Romania	Serbia	Slovakia	Slovenia	Spain	Sweden	Switzerland	UK England	UK Scotland	
1. Patient rights and information	1.1 Healthcare law based on Patients' Rights	Q	Q	Q	Q	Q	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	1.2 Patient organisations involved in decision making	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	1.3 No-fee/low-price insurance	Q	Q	Q	Q	Q	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	1.4 Right to second opinion	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	1.5 Access to own medical record	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	1.6 Registry of bona fide doctors	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	1.7 Web or 24/7 telephone HC info with interactivity	Q	Q	Q	Q	Q	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	1.8 Cross-border care seeking financed from home	Q	Q	Q	Q	Q	n.a.	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q	n.a.	Q	Q	Q	Q	n.a.	Q	
	1.9 Provider catalogue with quality ranking	Q	Q	Q	Q	Q	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	1.10 IAH presentation	Q	Q	Q	Q	Q	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	1.11 Patients' access to on-line booking of appointments?	Q	Q	Q	Q	Q	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	1.12 e-prescriptions	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	Subdiscipline weighted score		104	113	104	108	88	71	146	142	96	133	83	83	113	96	96	117	117	129	108
	2. Accessibility (waiting times for treatment)	2.1 Family doctor same day access	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
		2.2 Direct access to specialist	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q
2.3 Major elective surgery <96 days		Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
2.4 Cancer therapy < 21 days		Q	Q	Q	Q	Q	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
2.5 CT scan < 7days		Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
2.6 A&E waiting times		Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
Subdiscipline weighted score			138	150	100	188	125	113	188	138	100	163	100	113	175	113	100	88	225	100	125
3. Outcomes	3.1 Decrease of CVD deaths	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	3.2 Decrease of stroke deaths	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	3.3 Infant deaths	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	3.4 Cancer survival	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	3.5 Preventable Years of Life Lost	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	3.6 MRSA infections	Q	Q	Q	Q	Q	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	3.7 Abortion rates	Q	Q	Q	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	3.8 Depression	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	Subdiscipline weighted score		167	125	125	219	115	125	240	240	104	188	83	83	135	198	188	219	229	177	177
4. Range and reach of services provided	4.1 Equity of healthcare systems	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	4.2 Cataract operations per 100 000 age 65+	Q	Q	Q	Q	Q	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	4.3 Kidney transplants per million pop.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	4.4 In dental care included in the public healthcare offering?	Q	Q	Q	Q	Q	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	4.5 Inpatient payments to doctors	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	4.6 Long term care for the elderly	Q	Q	Q	Q	Q	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	n.a.	Q	Q	Q	Q	
	4.7 % of dialysis done outside of clinic	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	4.8 Caesarian sections	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	Subdiscipline weighted score		88	81	81	131	113	56	150	144	88	94	63	69	80	106	113	150	113	131	125
5. Prevention	5.1 Infant 8-disease vaccination	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	5.2 Blood pressure	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	5.3 Smoking Prevention	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	5.4 Alcohol	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	5.5 Physical activity	Q	Q	Q	Q	Q	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	5.6 HPV vaccination	Q	Q	Q	Q	Q	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	5.7 Traffic deaths	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
Subdiscipline weighted score		95	71	48	101	95	65	89	107	71	83	71	77	83	89	107	107	95	95	89	
6. Pharmaceuticals	6.1 Rx subsidy	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	6.2 Layman-adapted pharmacopoeia?	Q	Q	Q	Q	Q	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	6.3 Blood cancer drugs deployment rate	Q	Q	Q	Q	Q	n.a.	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	6.4 Access to new drugs (time to subsidy)	Q	n.a.	n.a.	Q	n.a.	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	6.5 Arthritis drugs	Q	Q	Q	Q	Q	n.a.	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	6.6 Metformin use	Q	Q	Q	Q	Q	n.a.	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q	n.a.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
	6.7 Antibiotic/capita	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	
Subdiscipline weighted score		57	52	52	67	48	33	86	81	52	62	52	48	71	67	67	81	76	86	86	
Total score		648	593	510	814	582	463	898	851	511	722	453	473	665	668	670	761	855	718	710	
Rank		21	26	32	8	27	34	1	3	31	13	35	33	20	19	18	12	2	14	16	

Πηγή: EHCI 2014

Πίνακας Π15

Results of the Euro Health Consumer Index 2015

EuroHealth Consumer Index 2015																			
Sub-discipline	Indicator	Albania	Austria	Belgium	Bulgaria	Croatia	Cyprus	Czech Republic	Denmark	Estonia	Finland	France	FR Montenegro	Germany	Greece	Hungary	Iceland	Ireland	
1. Patient rights and information	1.1 Healthcare law based on Patients' Rights	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.2 Patient organization involvement	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.3 No-fault malpractice insurance	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	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.ap.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.ap.	👍	👍	👍	n.ap.	👍
	1.9 Provider catalogue with quality ranking	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.ap.	👍
	1.10 EPR penetration	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.11 On-line booking of appointments ¹	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.12 e-prescriptions	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	Subdiscipline weighted score		80	121	117	75	129	80	96	133	129	129	113	142	125	75	80	133	90
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 < 7days	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	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 Caesarian sections	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	Subdiscipline weighted score		50	119	131	56	119	81	125	138	106	144	106	81	94	69	94	125	94
5. Prevention	5.1 Infant 5-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 Layman 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.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	6.6 Metformin use	n.a.	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍
	6.7 Antibiotic/caps	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍
Subdiscipline weighted score		33	76	76	52	62	52	67	76	67	86	71	57	86	52	57	57	86	
Total score		524	774	836	530	707	595	760	793	706	845	775	704	828	577	578	825	685	
Rank		33	12	5	31	16	26	13	9	17	4	11	18	7	28	27	8	21	

Πηγή: EHCI 2015

Πίνακας Π16

Results of the Euro Health Consumer Index 2015

EuroHealth Consumer Index 2015		Italy	Lithuania	Luxembourg	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 organization involvement	👍	👍	👍	👎	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	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 home life doctors	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	1.7 Web or 24/7 telephone HC info	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	1.8 Cross-border care seeking freely allowed	👎	👎	👍	👍	n.ap.	n.ap.	👍	👍	👍	👍	n.ap.	👍	👍	👍	👍	n.ap.	👍	
	1.9 Provider catalogue with quality ranking	👍	👎	👍	👍	n.ap.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	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	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	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	3.7 Abortive 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 Infernal 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 Casuarine actions	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
Subdiscipline weighted score		88	75	75	125	125	56	144	138	83	94	83	89	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	85	101	101	71	101	113	83	89	71	71	77	83	101	107	101	107
6. Pharmaceuticals	6.1 Rx subsidy	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	6.2 Lyxium-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.	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	
	6.7 Antibiotics/capita	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
Subdiscipline weighted score		57	52	52	87	48	33	86	81	52	67	43	48	71	67	67	81	76	81
Total score		687	567	828	832	863	484	916	854	523	891	527	554	653	710	695	796	894	736
Rank		22	29	25	6	23	35	1	3	34	20	32	30	24	15	19	10	2	14

Πηγή: EHCI 2015

Πίνακας Π17

Results of the Euro Health Consumer Index 2016

EuroHealth Consumer Index 2016																			
Sub-discipline	Indicator	Albania	Austria	Belgium	Bulgaria	Croatia	Cyprus	Czech Republic	Denmark	Estonia	Finland	France	FYR Macedonia	Germany	Greece	Hungary	Iceland	Ireland	
1. Patient rights and information	1.1 Healthcare law based on Patient's Rights	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	1.2 Patient organisations involved in decision making	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	1.3 In-built malpractice insurance	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	1.4 Right to second opinion	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	1.5 Access to own medical record	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	1.6 Registry of bone file doctors	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	1.7 Web or 24/7 telephone HC info with interactivity	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	1.8 Cross-border care seeking financed from home	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	n.a.	👍	👍	👍	👍	
	1.9 Provider catalogue with quality ranking	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	1.10 EPH penetration	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	1.11 Patients' access to on-line booking of appointments?	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	1.12 e-prescriptions	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	Subdiscipline weighted score		73	108	104	66	108	73	87	111	108	108	90	118	104	63	73	115	80
	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 < 7days		👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
2.6 A&E waiting times		👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
Subdiscipline weighted score			163	208	225	150	175	125	213	150	143	150	188	225	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	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	3.9 COPD mortality	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	Subdiscipline weighted score		175	238	250	150	188	213	238	275	238	288	243	138	288	213	163	288	250
4. Range and reach of services provided	4.1 Equity of healthcare systems	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	4.2 Cataract operations per 100 000 age 65+	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	4.3 Kidney transplants per million pop.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	4.4 Is dental care included in the public healthcare offering?	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	4.5 In-home payments to doctors	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	4.6 Long term care for the elderly	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	4.7 % of dialysis done outside of clinic	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	4.8 Caesarian sections	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
Subdiscipline weighted score		42	99	109	47	104	68	104	115	94	115	94	68	83	52	73	115	78	
5. Prevention	5.1 Infant 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	101	95	45	71	83	77	95	65	101	95	89	101	63	89	113	85	
6. Pharmaceuticals	6.1 Rx subsidy	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	6.2 Layman-adopted pharmacovigilance?	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	6.3 Novel cancer drugs deployment rate	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	
	6.4 Access to new drugs (time to subsidy)	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	6.5 Anti-life drugs	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	
	6.6 Statins use	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	6.7 Antibiotic/capita	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
Subdiscipline weighted score		33	81	76	48	57	62	62	81	62	81	86	62	86	57	52	62	86	
Total score		551	826	860	526	703	623	780	827	729	842	815	699	849	583	575	854	669	
Rank		32	18	4	31	14	26	13	8	17	8	11	20	7	28	30	6	21	

Πηγή: EHCI 2016

Πίνακας Π18

Results of the Euro Health Consumer Index 2016

EuroHealth Consumer Index 2016																			
Sub-discipline	Indicator	Italy	Lithuania	Luxembourg	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	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	1.2 Patient organisations involved in decision making	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	1.3 No-fault malpractice insurance	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	1.4 Right to second opinion	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	1.5 Access to own medical record	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	1.6 Registry of bone film doctors	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	1.7 Web or 24/7 telephone HC info with interactivity	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	1.8 Cross-border care seeking financed from HRA	👍	n.a.	n.a.	👍	n.ap.	👍	👍	👍	n.a.	👍	n.ap.	👍	👍	👍	👍	n.ap.	👍	
	1.9 Provider catalogue with quality ranking	👍	👍	👍	n.ap.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	1.10 e-prescription	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	1.11 Patients' access to on-line booking of appointment	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	1.12 e-prescriptions	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	Subdiscipline weighted score		83	87	97	101	80	83	122	125	66	108	80	111	97	104	87	104	111
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		138	113	175	200	163	113	200	138	100	150	150	188	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	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	3.7 Abortion rates	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	3.8 Depression	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	3.9 COPD mortality	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	Subdiscipline weighted score		225	188	163	263	188	175	288	288	188	250	125	163	175	263	238	275	288
4. Range and reach of services provided	4.1 Equity of healthcare systems	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	4.2 Cataract operations per 100 000 age 65+	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	4.3 Kidney transplants per million pop.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	4.4 Is dental care included in the public healthcare offering?	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	4.5 Informal payments to doctors	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	4.6 Long term care for the elderly	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	4.7 % of dialysis done outside of clinic	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	4.8 Casuarina sections	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
Subdiscipline weighted score		78	73	68	104	94	57	125	115	63	78	52	57	89	89	94	125	94	109
5. Prevention	5.1 Infant 5-disease vaccination	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	5.2 Blood pressure	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	5.3 Smoking Prevention	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	5.4 Alcohol	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	5.5 Physical activity	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	5.6 HPV vaccination	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	5.7 Traffic deaths	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
Subdiscipline weighted score		101	77	65	107	95	77	107	119	95	101	48	89	83	83	107	101	101	113
6. Pharmaceuticals	6.1 Rx subsidy	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	6.2 Layman-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.	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	6.6 Statin use	👍	👍	👍	👍	n.a.	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	6.7 Antibiotics/capita	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
Subdiscipline weighted score		57	52	52	76	48	33	86	81	52	76	43	62	71	76	71	81	86	81
Total score		682	589	620	851	688	518	927	865	564	763	497	670	678	740	709	788	904	761
Rank		22	29	27	6	25	34	1	3	31	14	35	24	23	16	18	12	2	15

Πηγή: EHCI 2016

Πίνακας Π19

Results of the Euro Heart Index 2016

Euro Heart Index 2016																
Sub-discipline	Indicator	Austria	Belgium	Bulgaria	Croatia	Cyprus	Czech Republic	Denmark	Estonia	Finland	France	Germany	Greece	Hungary	Ireland	Italy
1. Prevention	1.1 Prevalence of obesity in adults	🟢	🟢	🟡	🟡	🟡	🔴	🟢	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🔴	🟢
	1.2 Prevalence of child obesity	🟢	🟢	🔴	🔴	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🔴
	1.3 Exercise in compulsory school	🟢	🟡	🟡	🔴	🔴	🔴	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟡
	1.4 Consumption of soft drinks	🔴	🟡	🟡	n.a.	n.a.	🔴	🔴	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	1.5 Fresh fruit/vegetable consumption	🟡	🟢	🔴	🔴	🟢	🔴	🔴	🔴	🔴	🟢	🟢	🟢	🟢	🔴	🔴
	1.6 Sugar consumption	🔴	🔴	🟢	n.a.	n.a.	🟡	🟡	n.a.	🔴	🟡	🔴	🟢	🟢	🔴	🟢
	1.7 Tobacco consumption	🔴	🟢	🔴	🟡	🔴	🟡	🟡	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟡
	1.8 Alcohol consumption	🔴	🔴	🔴	🟡	🟡	🔴	🔴	🔴	🟡	🟡	🟢	🟢	🟢	🔴	🔴
	1.9 Prevalence of raised blood pressure	🟢	🟢	🔴	🔴	🟡	🔴	🟡	🔴	🟡	🟡	🟢	🟢	🟢	🔴	🟢
	1.10 Familial Hypercholesterolemia (FH) screening	🟡	🟡	🟡	🟡	🔴	🟡	🟡	🟡	🔴	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡
	Subdiscipline weighted score	200	230	150	160	150	140	200	170	200	230	180	210	180	180	240
2. Procedures	2.1 Door to balloon delay	🟡	🟡	n.a.	🟡	n.a.	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟡	🟡	🟡	🟢	n.a.	n.a.
	2.2 Health care personnel certified for CPR	🟡	🟡	🔴	🟡	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	2.3 Pre-hospital thrombolysis	🟢	🟢	🔴	🔴	n.a.	n.a.	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🔴
	2.4 Defibrillators available in public places	🟢	🟢	🔴	🟡	🟢	🟡	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟡
	2.5 Rehabilitation programme	🟢	🟢	🔴	🟡	🔴	🟡	🔴	🔴	🟡	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	🟡
	2.6 Home care available for cardiac patients?	🟢	🟡	🔴	🟡	🟡	🔴	🔴	🔴	🟡	🟡	🟢	🟢	🟢	🟡	🔴
	2.7 # of PCI p.m.p.	🟡	🟢	n.a.	n.a.	n.a.	🟡	🟡	🔴	🔴	🟢	🟢	🟢	n.a.	🔴	🟡
	2.8 PCI CABG	🟢	🔴	n.a.	🟡	n.a.	🟡	🟡	🔴	🔴	🟢	🟢	🟢	🟢	🔴	🟡
	2.9 Statin deployment	🟡	🟢	🔴	🔴	n.a.	🟡	🟡	🔴	🔴	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟡
	2.10 Clopidogrel deployment	🟡	🟢	🔴	🔴	n.a.	🔴	🟢	🔴	🔴	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟡
	2.11 PCSK-4 inhibitor deployment	🟡	🟡	🔴	🔴	n.a.	🔴	🔴	🔴	🔴	🟢	🟢	🟢	🟢	🔴	🟢
Subdiscipline weighted score	205	205	83	138	121	162	182	128	182	227	227	128	159	188	187	
3. Access to care	3.1 Waiting time to echocardiography and diagnostics	🟡	🟡	🔴	🟡	n.a.	🔴	🟡	🔴	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	🟡	🟡
	3.2 Waiting time for non-acute revascularization (CABG/PCI)	🟡	n.a.	n.a.	🔴	n.a.	🟡	🟡	🟡	🔴	🟡	n.a.	🟡	n.a.	🟡	🔴
	3.3 "Waiting time" for heart transplant	🟢	🟡	🔴	🟡	n.a.	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🔴
	3.4 Family support for children with Congenital Heart Disease	🟢	🟢	🟡	🟡	🔴	🟡	🟡	🔴	🔴	🟢	🟢	🟢	🔴	n.a.	🟡
	3.5 Access to free FH genetic testing?	🟡	🟡	🔴	🔴	🔴	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡
	3.6 Access to combination therapy to treat FH	🟢	🟢	🟡	🟡	n.a.	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡
Subdiscipline weighted score	187	144	88	122	87	144	158	122	144	178	168	133	122	187	133	
4. Outcomes	4.1 30-day case fatality rate after admission for AMI	🔴	🟡	n.a.	🔴	n.a.	🟢	🔴	🔴	🟡	🟡	🔴	🟡	🔴	🟡	🟡
	4.2 Standardized death rates from CVD	🟡	🟢	🟢	🟡	🟡	🔴	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟡	🟡
	4.3 Hospital readmission rates for heart failure	🟢	🟢	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	🟡	n.a.	🟡	🔴	🟡	n.a.	n.a.
	4.4 Surgical mortality for isolated transposition of the great arteries	🟢	🟢	🔴	n.a.	n.a.	🟡	🟡	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟡	n.a.	🟢	n.a.
Subdiscipline weighted score	188	228	126	83	104	148	228	126	228	228	187	148	104	208	148	
Total score	768	808	447	482	442	682	787	548	755	884	738	818	575	744	888	
Rank	10	7	29	27	30	21	8	24	11	1	14	19	22	13	16	

Πηγή: EHI 2016

Πίνακας Π20

Results of the Euro Heart Index 2016

Euro Heart Index 2016																	
Sub-discipline	Indicator	Lithuania	Lithuania	Luxembourg	Malta	Netherlands	Norway	Poland	Portugal	Romania	Slovakia	Slovenia	Spain	Sweden	Switzerland	United Kingdom	United
1. Prevention	1.1 Prevalence of obesity in adults	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉
	1.2 Prevalence of child obesity	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉
	1.3 Exercise in compulsory school	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉
	1.4 Consumption of soft drinks	👉	👉	👉	n.a.	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉
	1.5 Fresh fruit/vegetable consumption	👉	👉	👉	👉	👉	n.a.	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	n.a.	👉
	1.6 Sugar consumption	n.a.	n.a.	👉	n.a.	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉
	1.7 Tobacco consumption	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉
	1.8 Alcohol consumption	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉
	1.9 Prevalence of raised blood pressure	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉
	1.10 Familial Hypercholesterolemia (FH) screening	👉	👉	n.a.	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉
	Subdiscipline weighted score		170	140	240	160	220	230	190	230	200	170	200	200	210	210	180
2. Procedures	2.1 Door to balloon delay	n.a.	n.a.	👉	👉	👉	n.a.	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	
	2.2 Health care personnel certified for CPR	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	
	2.3 Pre-hospital thrombolysis	n.a.	👉	👉	n.a.	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	
	2.4 Defibrillators available in public places	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	
	2.5 Rehabilitation programme	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	
	2.6 Home care available for cardiac patients?	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	
	2.7 # of PCI p.m.p.	👉	n.a.	👉	👉	👉	👉	👉	👉	n.a.	n.a.	👉	👉	👉	👉	👉	
	2.8 PCI CABG	👉	n.a.	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	n.a.	👉	👉	👉	👉	👉	
	2.9 Statin deployment	👉	👉	👉	n.a.	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	
	2.10 Clopidogrel deployment	👉	👉	👉	n.a.	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	
	2.11 PCSK-9 inhibitor deployment	👉	👉	👉	n.a.	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	
Subdiscipline weighted score		121	136	220	144	227	212	159	167	121	121	197	157	197	182	167	
3. Access to care	3.1 Waiting time to echocardiography and diagnostics	👉	n.a.	👉	👉	👉	n.a.	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	
	3.2 Waiting time for non-acute revascularization (CABG/PCI)	👉	n.a.	👉	👉	👉	n.a.	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	
	3.3 "Waiting time" for heart transplant	👉	👉	n.a.	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	
	3.4 Family support for children with Congenital Heart Disease	n.a.	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	
	3.5 Access to free FH genetic testing?	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	
	3.6 Access to combination therapy to treat FH	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	
Subdiscipline weighted score		89	100	178	144	178	178	111	133	78	111	167	144	178	167	156	
4. Outcomes	4.1 30-day case fatality rate after admission for AMI	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	
	4.2 Standardized death rates from CVD	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	👉	
	4.3 Hospital readmission rates for heart failure	n.a.	n.a.	n.a.	👉	n.a.	👉	n.a.	n.a.	👉	n.a.	👉	👉	👉	👉	👉	
	4.4 Surgical mortality for isolated transposition of the great arteries	👉	n.a.	n.a.	n.a.	👉	👉	n.a.	n.a.	👉	n.a.	👉	👉	👉	👉	👉	
	Subdiscipline weighted score		146	83	188	167	188	229	167	125	167	104	250	208	250	208	208
Total score		526	460	825	615	813	849	627	655	566	506	814	750	835	767	711	
Rank		25	28	4	20	6	2	18	17	23	26	5	12	3	8	15	

Πηγή: EHI 2016

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Βαγιάνος, Βέττας και Μεγήρ, «Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα, μεταρρυθμίσεις και ευκαιρίες σε μια κρίσιμη συγκυρία», 2010

Γούλα Α. : «Διοίκηση & Διαχείριση Νοσοκομείου» , Εκδόσεις Παπαζήση , Αθήνα 2007

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.

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.

Γεωργακοπούλου και συν. Πανελλαδική Μελέτη εμβολιαστικής κάλυψης έναντι πνευμονιοκόκκου σε παιδιά βρεφονηπιακών σταθμών ηλικίας 2-3 ετών (poster). 52ο Πανελλήνιο παιδιατρικό Συνέδριο, Ρόδος 2014.

ΕΠΨΥ. Πανελλαδική μελέτη: Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του ελληνικού πληθυσμού. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ); 2013.

Ευθυμίου Κ, Αργαλία Ε, Κασκαμπά Ε, Μακρή Α. Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Τι γνωρίζουμε για την σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα. Εγκέφαλος. 2013

Θεοδώρου Μ ., Σαρρής Μ ., Σούλης Σ. : «Συστήματα Υγείας» , Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2001

Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ. Δελτίο Τύπου: Η Κατάσταση της Υγείας στην Ελλάδα του 2015: Χρόνια Νοσήματα - Πρόσβαση στο Σύστημα Υγείας- Πρόληψη. Αποτελέσματα της μελέτης EMENO. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή; 2015.

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.

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.

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.

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.

ΙΚΠΙ 2014. Η Επίδραση της Μείωσης της Φαρμακευτικής Δαπάνης στα Δημόσια Έσοδα, Αθήνα.

ΙΟΒΕ 2014. Παρατηρητήριο οικονομικών της υγείας: «Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα. Γεγονότα και στοιχεία 2013», 2014.

Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Γεωργούση Ε., Γειτονά Μ.: «Τα Οικονομικά από το Α ως το Ω», Εκδόσεις Εξάντας / Πολιτικές Υγείας

Κυριόπουλος Γ, Αθανασάκης Κ, Πάβη Ε. Οικονομική κρίση και υγεία. Ένα δοκίμιο πολιτικής οικονομίας για την ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη;2012.

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]

Κυριόπουλος, Β. Τσιάντου,(2009) , «Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη», Οικονομικά της Υγείας

Λιαρόπουλος Λ. : «Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας», Εκδόσεις Βήτα , Αθήνα 2007

Μαριόλης και Παπούλης «Δυναμική του δημοσίου χρέους, οικονομική πολιτική και κοινωνική συνοχή στην Ελλάδα: μία σημείωση», MPRA Paper

Μεϊντάνης Σ : «Η Αξιολόγηση των Υπηρεσιών Υγείας», περιοδικό Εξπρές , Μάρτιος 2004

Μπακατσίακος , «Παγκόσμια οικονομική κρίση, ευρωπαϊκή ένωση και Ελλάδα», 2010

Παλαιολόγου Β : «Οργάνωση & Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας Ι» , Αθήνα 2002

Παναγιωτόπουλος και συν. Εθνική μελέτη κατάστασης εμβολιασμού των παιδιών στην Ελλάδα, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας; 2012 [accessed 2015 Apr 22

Πολύζος Ν., Σινογεώργου Θ., Μαριάτου Δ : «Αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών του Κέντρου Υγείας Ναυπάκτου», περιοδικό Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας , Τεύχος 1 , Ιανουάριος-Μάρτιος 2007

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.

Σούλης Σ. : «Οικονομική της Υγείας», Εκδόσεις Παπαζήση , Αθήνα 1999

Σουλιώτης Κ, Θηραίος Ε, Καϊτελίδου Δ, Παπαδάκη Μ, Τσαντίλας Π, Τσιρώνη Μ, Ψάλτοπούλου Θ. Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. 2013

Σουλιώτης Κ. Η δημόσια ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση; 2013.

Στάκλερ Ν, Σάντζεϊ Μ. Πολιτικές ζωής και θανάτου. Πως η κρίση επηρεάζει την ανθρώπινη υγεία [Μ. Μυρώνη, Μεταφρ.]. Αθήνα: Εκδόσεις Ψυχογιός; 2014.

Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα 2014. Γεγονότα και Στοιχεία. Παρατηρητήριο Οικονομικών Υγείας. Νοέμβριος 2015.

Ξενόγλωσση

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), Epub 2005 Oct 31.

Alogoskoufis G., «Greece's Sovereign Debt Crisis: Retrospect and Prospect», 2012

Economou M, Madianos M, Peppou LE, Theleritis C, Stefanis CN. Suicidality and the economic crisis in Greece. The Lancet. 2012

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

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.

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.

Lundin A, Hemmingsson T. Unemployment and suicide. Lancet. 2009;374:270-271

Marmot G, Bell R. How will the financial crisis affect health? BMJ. 2009;338:b1314.

Marmot G, Bell R. How will the financial crisis affect health? BMJ. 2009;338:b1314.

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.

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.

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.

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.

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.

UNICEF, Children of the Recession, The impact of the economic crisis on child well-being in rich countries, 2014

UNICEF, Anna Kokkevi, Myrto Stavrou, Eleftheria Kanavou, Anastasios Fotiou, The Repercussions of the Economic Recession in Greece on Adolescents and their Families, 2014

Van Doorslaer E, et al. Income related inequalities in health:some international comparisons. Journal of health economics.1997;16:93-112.

Διαδικτυακές Πηγές

<https://data.oecd.org/searchresults/?q=health>

<http://ec.europa.eu/eurostat>

<http://www.who.int/gho/en/>

<http://www.dianeosis.org/>

<http://www.epipsi.gr/>

<http://www.statistics.gr/>

<http://www.astynomia.gr/>

<http://dione.lib.unipi.gr/>

<https://healthpowerhouse.com/>

<http://iobe.gr/>

<http://www.qualityinhealth.gr>