

ΤΟ ΣΗΜΕΡΙΝΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΙΩΑΝΝΗΣ ΠΑΝΙΔΗΣ

Ψυχολόγος

Τμήμα Κοινωνικής Μέριμνας Μ Ε Θεσσαλονίκης

Μέλος του Δικτύου Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας της ΠΚΜ

Περίληψη

Τα τελευταία χρόνια πολλές χώρες της Ευρώπης κυρίως της νοτίου (Ελλάδα, Πορτογαλία, Ισπανία, Ιταλία) εισήλθαν σε μια περίοδο εκτεταμένης οικονομικής ύφεσης, η οποία εκτός των άλλων (μείωση εισοδήματος, ανεργία, ανασφάλεια) προκάλεσε αρνητικές επιδράσεις στη δημόσια υγεία και κοινωνική πρόνοια.

Η επιβολή σκληρών μέτρων λιτότητας στην Ελλάδα, έστρεψε το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών, οι οποίοι ήθελαν να μελετήσουν τη συνάφεια μεταξύ των περικοπών στις δαπάνες υγείας και των μεταβολών στους δείκτες υγείας του πληθυσμού.

Ενδιαφέρουσα είναι η έρευνα των Granados και Rodriguez, η οποία αποκαλύπτει ότι οι δείκτες υγείας των κατοίκων της Ελλάδος παρουσιάζουν βελτίωση παρά την μεγάλη πτώση των δημόσιων δαπανών, που ως ένα βαθμό κρίνεται επιβεβλημένη.

Σκοπός της εργασίας ήταν να περιγραφεί και να αποτυπωθεί διαγραμματικά το σημερινό επίπεδο υγείας της Ελλάδος - Ιταλίας, να ερευνηθεί η πιθανή μεταβολή των δεικτών υγείας, της κατά κεφαλή δαπάνης υγείας και να γίνει κριτική αποτίμηση της έρευνας των Granados και Rodriguez.

Λέξεις κλειδιά: Συστήματα υγείας, δείκτες υγείας, δαπάνες υγείας, οικονομική κρίση, Ελληνικός πληθυσμός, European Community Health Indicators.

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	2
Περιεχόμενα.....	3
1. Εισαγωγή.....	4
2. Οι θετικοί και αρνητικοί προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας.....	5
3. Η κατάσταση υγείας του ελληνικού πληθυσμού.....	6
4. Σύγκριση της διαχρονικής εξέλιξης της υγείας του ελληνικού και ιταλικού πληθυσμού.....	10

5. Η εξέλιξη της κατά κεφαλής δαπάνης υγείας στην Ελλάδα και στην Ιταλία.....	15
6. Συμπεράσματα.....	18
Βιβλιογραφία.....	19

1. Εισαγωγή

Η υγεία σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1958) ορίζεται ως «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας», επηρεάζεται από τα εγγενή χαρακτηριστικά, το φύλο και την ηλικία, καθώς και από τον τρόπο ζωής, το κοινωνικό-οικονομικό και φυσικό περιβάλλον κάθε ανθρώπου. (Speller, 2007).

Το 1977, η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας κατέληξε ότι ο βασικός στόχος κάθε κυβέρνησης πρέπει να είναι η παροχή ικανοποιητικού και ισότιμου επιπέδου υγείας σε όλους τους πολίτες, έτσι ώστε να είναι αποδοτικοί και να συμμετέχουν ενεργά στα κοινωνικά δρώμενα της χώρας τους. Ωστόσο, η επιτυχία του συγκεκριμένου εγχειρήματος εξαρτάται εν πολλοίς από την οικονομική κατάσταση και από το επίπεδο του υγειονομικού συστήματος κάθε χώρας. (Ιωαννίδη και συν., 1999).

Το 2008 εκδηλώνεται μια τεράστια τραπεζική οικονομική κρίση στις Η.Π.Α με συνέπεια τη σχεδόν άμεση επέκτασή της σε όλο τον κόσμο. Αποτέλεσμα ήταν αυτή η κρίση να μεταφερθεί τάχιστα στην πραγματική οικονομία με σοβαρές επιπτώσεις στην αγορά εργασίας. (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2009).

Για την αντιμετώπιση της κρίσης στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.), τα κράτη μέλη της έλαβαν μέτρα για την τόνωση της αγοράς, τη στήριξη των επιχειρήσεων και της απασχόλησης με αντάλλαγμα την άμεση δημοσιονομική πειθαρχία και νομισματική σταθερότητα. Παρόλ' αυτά, οι χώρες χαμηλής ή μέσης ανάπτυξης σε σχέση με τις αναπτυσσόμενες αντιμετώπισαν αυξημένο κίνδυνο εκτροπής της χρηματοπιστωτικής σταθερότητας.

Συγκεκριμένα, η Ελλάδα το 2010 μη μπορώντας να ανταπεξέλθει στη μεγάλη οικονομική ύφεση, αναγκάστηκε να ζητήσει τη συνδρομή της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας και του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου (Τρόικα). Το πρόγραμμα περιλάμβανε σκληρά δημοσιονομικά μέτρα και δομικές μεταρρυθμίσεις, οι οποίες προκάλεσαν υψηλή ανεργία, μείωση μισθών, συντάξεων και αύξηση φόρων. Το αποτέλεσμα ήταν η δυσμενής επίδραση στη δημόσια υγεία και κοινωνική πρόνοια του ελληνικού κράτους.(Zavras et al., 2016).

Το 2016, στην Ελλάδα παρατηρήθηκε πτώση 29% του ΑΕΠ (Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν) μεταξύ 2008-2014, ανεργία στο 26,5%, μακροχρόνια ανεργία στο 19,5%, καθώς και μεγάλη μείωση στις δημόσιες δαπάνες κατά 36%. Αναφορικά με τις δημοσιές δαπάνες στην υγεία, στόχος ήταν μεταξύ 2010-2012 η εξοικονόμηση 25% των ιατρικών υπηρεσιών, 50% μείωση στο διοικητικό προσωπικό κοινωνικής ασφάλισης, 25% στο ιατρικό προσωπικό, 30% στους εξωτερικούς παρόχους υγείας, 15% στο κόστος των νοσοκομείων και 25% σε μισθούς και αμοιβές προσωπικού. (Karanikolos et al., 2013).

Όσον αφορά τον πληθυσμό εκτιμάται ότι 2 εκατομμύρια άνθρωποι έμειναν χωρίς ουσιαστική υγειονομική κάλυψη, ενώ μέτρα όπως η αύξηση της οικονομικής συμμετοχής των ασφαλισμένων για τα φάρμακα, η διακοπή προγραμμάτων για τις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες (χρήστες ναρκωτικών, φορείς HIV, μετανάστες) δημιουργούν τεράστιες ανισότητες στην υγεία. Επί προσθέτως παράγοντες όπως ο φόβος απόλυσης, η μείωση του εισοδήματος και η αβεβαιότητα για το οικονομικό περιβάλλον της χώρας επιδεινώνουν ακόμα περισσότερο τη ψυχική και σωματική υγεία του πληθυσμού. (Karanikolos & Kentikelenis, 2016).

Ωστόσο σε έρευνα των Granados και Rodriguez (2014), η οποία συγκρίνει διαχρονικά την κατάσταση υγείας του πληθυσμού της Ελλάδας με της Φινλανδίας και της Ισλανδίας (χώρες που δεν πήραν δυσβάσταχτα μέτρα λιτότητας), φάνηκε πως δεν προκύπτει η ύπαρξη υγειονομικής «τραγωδίας» στην Ελλάδα. Απεναντίας, η υγεία του ελληνικού πληθυσμού συνολικά είναι εξίσου καλή με του Φινλανδικού και Ισλανδικού.

Στόχος της παρούσας εργασίας ήταν να περιγράψει την κατάσταση υγείας του ελληνικού πληθυσμού, να αναφέρει τους προσδιοριστικούς παράγοντες που την επηρεάζουν και να παραθέσει διαγραμματικά τα τελευταία δημοσιευμένα στατιστικά στοιχεία των βασικών δεικτών υγείας. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε σύγκριση της διαχρονικής εξέλιξης της υγείας μεταξύ Ελλάδος και Ιταλίας (δηλαδή με μια χώρα της νοτίου Ευρώπης με αυξημένα δημοσιονομικά προβλήματα), σύμφωνα με την μεθοδολογική προσέγγιση των Granados και Rodriguez, διερευνήθηκε κατά πόσο η οικονομική κρίση επηρέασε αρνητικά τους δείκτες υγείας και ποιους και καταγράφηκε το ποσοστό του κόστους υγείας ανά κάτοικο.

2. Οι θετικοί και αρνητικοί προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας

Το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού προσδιορίζεται από μια σειρά αλληλοεξαρτώμενων θετικών ή αρνητικών παραγόντων, οι οποίοι διακρίνονται σε βιολογικούς, κοινωνικοοικονομικούς, πολιτικούς, περιβαλλοντικούς, και πολιτιστικούς. Καθένας επηρεάζει τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία των ατόμων. (Καμινιώτη, 2012). Οι βιολογικοί που συνδέονται με το ίδιο το άτομο αναφέρονται στην κληρονομικότητα, στην προδιάθεση για κάποιες ασθένειες και στα δημογραφικά του στοιχεία. Οι κοινωνικοοικονομικοί σχετίζονται με το βιοτικό επίπεδο, την εργασιακή και εκπαιδευτική κατάστασή του, ενώ οι πολιτικοί από την πλευρά τους επηρεάζουν την υγεία μέσω των νόμων π.χ. η απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους και η διάθεση αλκοολούχων ποτών μόνο σε ενήλικες. Επιπλέον, οι περιβαλλοντικοί αναφέρονται στην επίδραση που διαδραματίζει η προστασία ή μη του φυσικού περιβάλλοντος, ενώ οι πολιτιστικοί στα ήθη και στον τρόπο ζωής των ατόμων (διατροφή, εκγύμναση, κάπνισμα, χρήση αλκοόλ). (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007).

Προκειμένου να πραγματοποιηθεί η παρακολούθηση, μέτρηση και αξιολόγηση των παραπάνω παραγόντων, χρησιμοποιούνται οι λεγόμενοι θετικοί και αρνητικοί δείκτες υγείας. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ (1981), οι δείκτες υγείας είναι ποιοτικές και ποσοτικές μεταβλητές που εφαρμόζονται στην υγεία και εξετάζουν τις άμεσες ή έμμεσες αλλαγές του επιπέδου υγείας του πληθυσμού σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους.

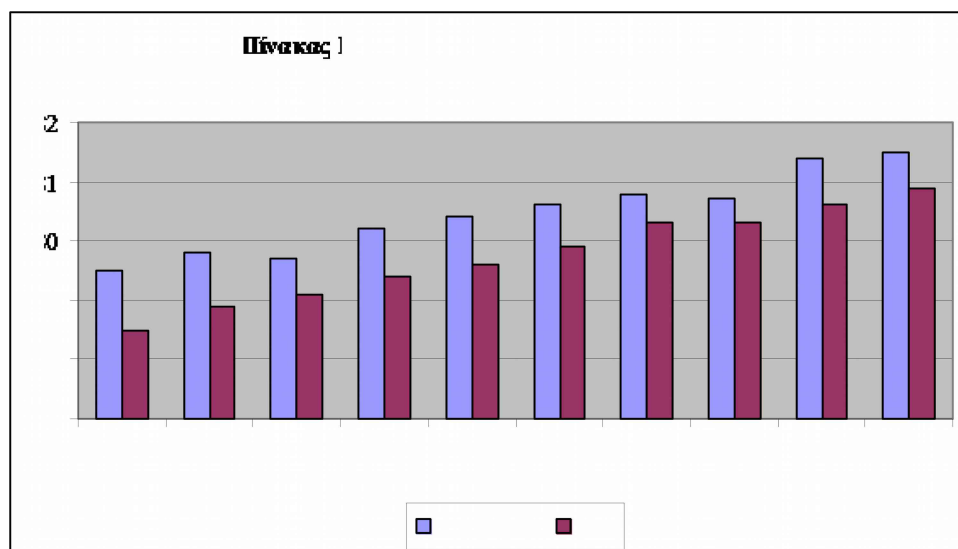
Οι θετικοί δείκτες αναφέρονται στο προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση υπό φυσιολογικές συνθήκες (μέσος όρος ζωής), στο δείκτη γεννητικότητας (γεννήσεις ανά 1000 άτομα) και στο δείκτη γονιμότητας (μέσος όρος γεννήσεων ζώντων παιδιών ανά γυναίκα), ενώ οι αρνητικοί εξετάζουν το δείκτη θνησιμότητας (αριθμός θανάτων από μια συγκεκριμένη ασθένεια), το δείκτη νοσηρότητας (αριθμός ασθενών από μια συγκεκριμένη νόσο) και από το δείκτη θνητότητας (πιθανότητα θανάτου από μια ασθένεια). (Λιαρόπουλος, 2007).

Επιπροσθέτως, μια άλλη κατηγορία δεικτών μετρά το ποσοστό των καπνιστών, της κατανάλωσης αλκοόλ, φρούτων και λαχανικών, καθώς και την εμβολιαστική κάλυψη του πληθυσμού, το κόστος φαρμάκων και ιατρικών πράξεων, τον αριθμό νοσοκομειακών κρεβατιών κ.α. (Χαλκιά και συν., 2015).

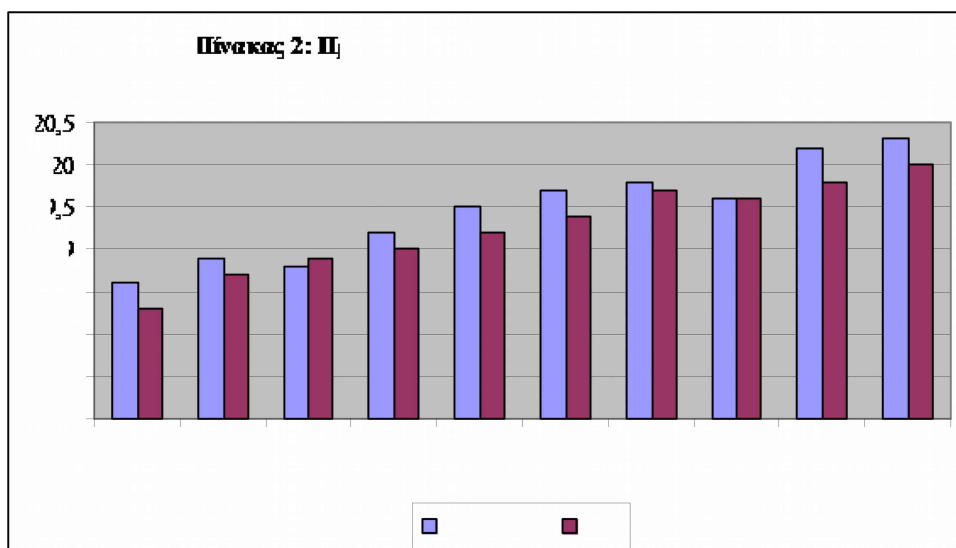
3. Η κατάσταση υγείας του ελληνικού πληθυσμού

Για την καλύτερη κατανόηση του επιπέδου υγείας του ελληνικού πληθυσμού πραγματοποιήθηκε σύγκριση σε μια σειρά βασικών δεικτών υγείας σε σχέση με τις χώρες της Ε.Ε. και σε κάποιες περιπτώσεις εξαιτίας έλλειψης στατιστικών δεδομένων με το μέσο όρο των χωρών της Ευρώπης.

Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στατιστικά δεδομένα της European Community Health Indicators (ECHI) το 2014, το προσδόκιμο επιβίωσης των Ελλήνων άγγιξε τα 81,5 έτη το 2014, παρουσιάζοντας άνοδο σχεδόν ενός έτους την πενταετία 2010-2014, όταν στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.) ο μέσος όρος ήταν 80,9 έτη. Επίσης, το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών αυξήθηκε στα 20,3 έτη (Ε.Ε. 20 έτη) το 2014 από 18,6 έτη το 2005.

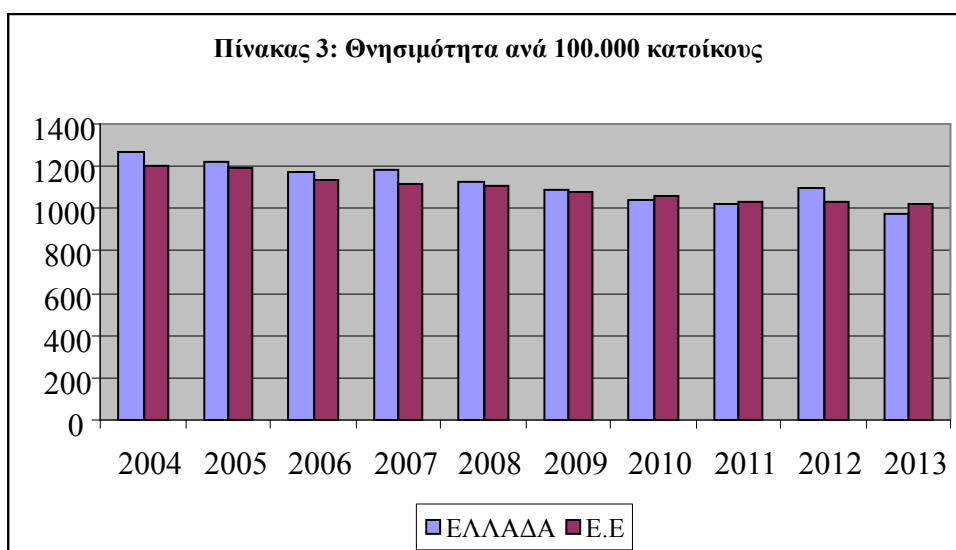


Πηγή: European Community Health Indicators

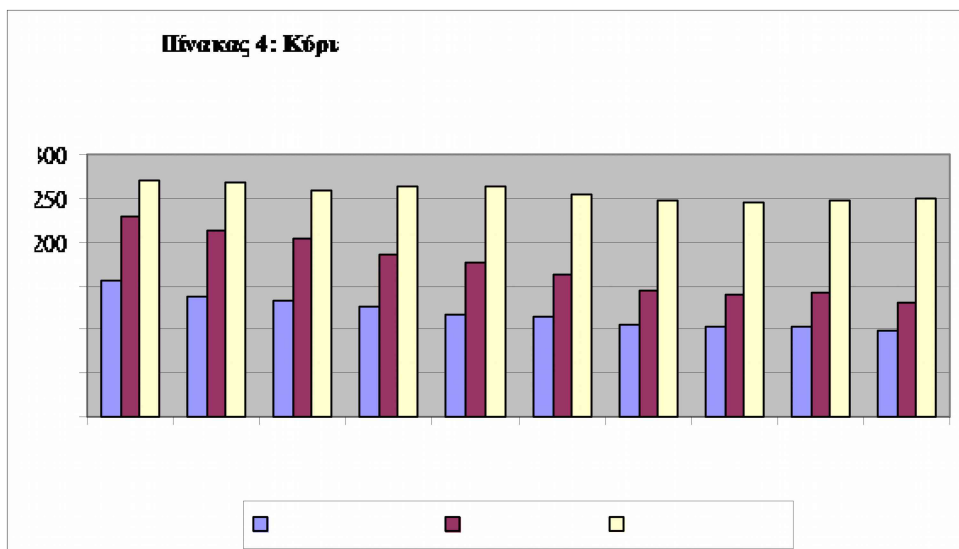


Πηγή: European Community Health Indicators

Όσον αφορά τη θνησιμότητα του πληθυσμού παρουσιάζει σημαντική πτώση στην Ελλάδα, καθώς ο δείκτης το 2005 έδειχνε 1264,9 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους ενώ το 2013 975,5 (E.E. 1.020,9). Η κύρια αιτία θανάτου φαίνεται να είναι τα κακοήθη νεοπλάσματα με 250,2 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους (E.E. 265,1), έπονται τα εγκεφαλικά επεισόδια με 130,1 (E.E. 88,7) και τέλος τα καρδιαγγειακά με 130,1 (E.E. 131,9) σύμφωνα με τα τελευταία δημοσιοποιημένα στοιχεία του 2013. Αξίζει να σημειωθεί ότι το 2004 οι δείκτες κυμαίνονταν σε 270,5, 228,9 και 156,2 αντίστοιχα.

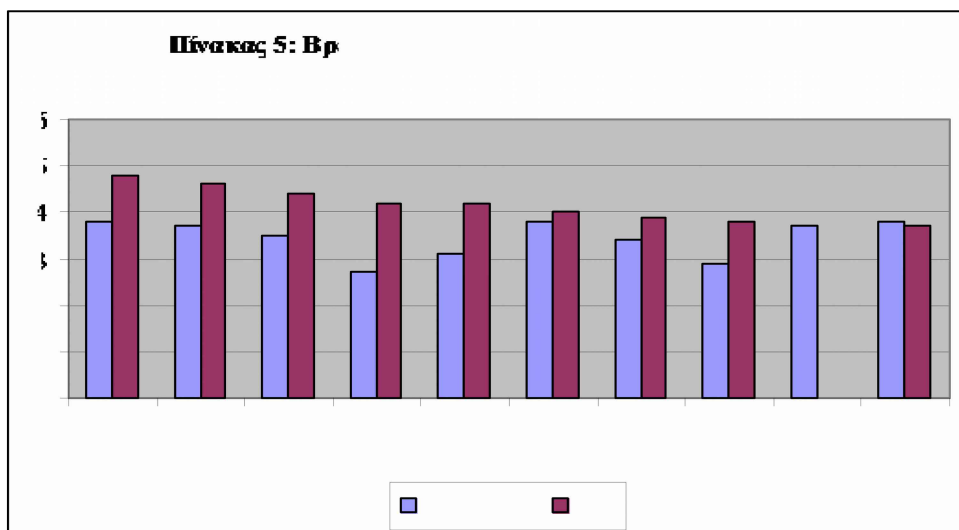


Πηγή: European Community Health Indicators



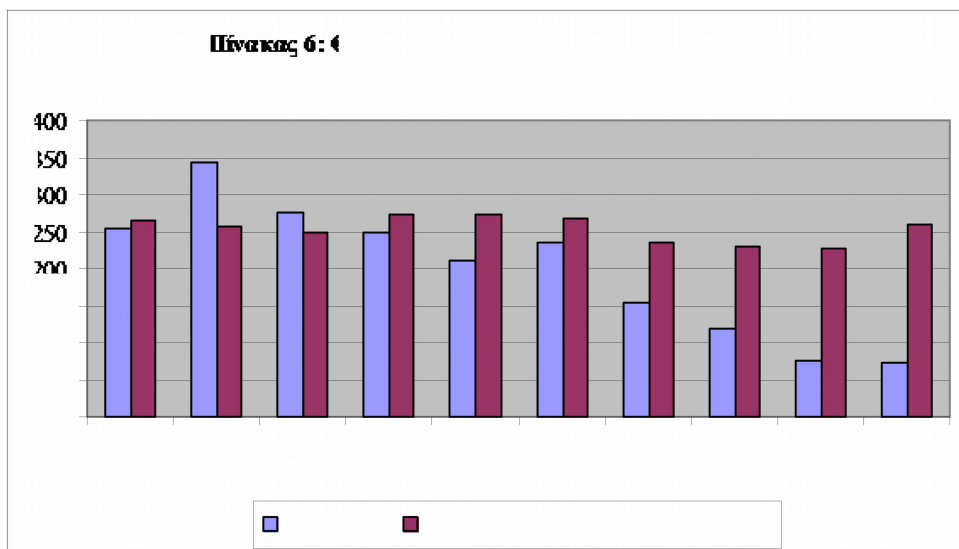
Πηγή: European Community Health Indicators

Ταυτόχρονα, η βρεφική θνησιμότητα στην Ελλάδα παρότι είχε ανοδική πορεία με 3,8 θανάτους ανά 1.000 γεννήσεις το 2014, από 2,7 το 2008, κυμάνθηκε σχεδόν στο μέσο όρο της Ε.Ε., όπου οι θάνατοι ήταν 3,7.



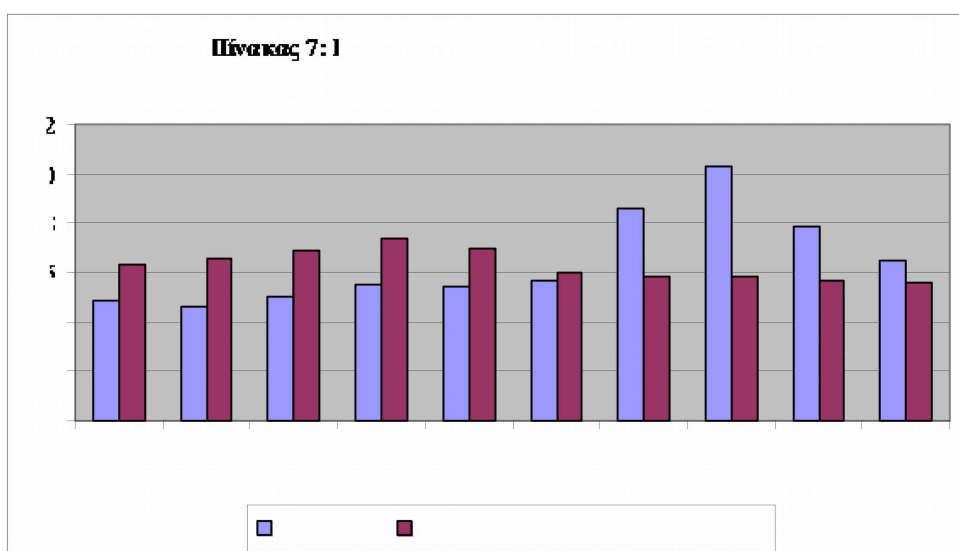
Πηγή: European Community Health Indicators

Η μάστιγα των ναρκωτικών ουσιών επέφερε το 2013 73 θανάτους διαγράφοντας σημαντική πτώση, καθώς το 2005 είχε ξεπεράσει και το μέσο όρο των ευρωπαϊκών χωρών με 343 θανάτους.



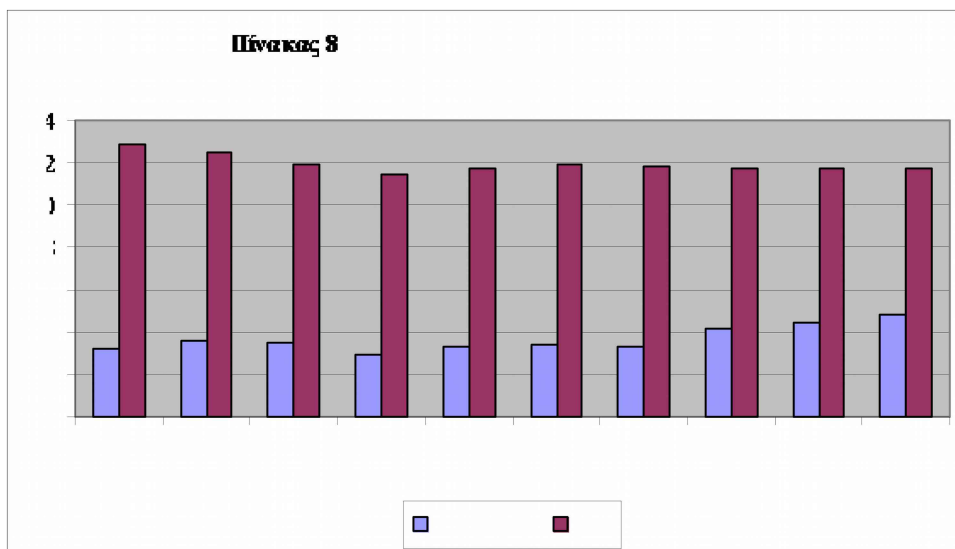
Πηγή: European Community Health Indicators

Αναφορικά με τα νέα κρούσματα HIV ανά 100.000 κατοίκους παρατηρείται μια αυξητική τάση από το 2006 (4,6) μέχρι το 2012 (10,3) για να ακολουθήσει η κάθοδος των τιμών το 2014 στο 6,5, ενώ ο μέσος όρος την πενταετία 2010-2014 κυμάνθηκε μεταξύ 5,6 και 6.



Πηγή: European Community Health Indicators

Τέλος, οι αυτοκτονίες το 2013 στην Ελλάδα έφτασαν στις 4,8 (Ε.Ε. 11,7) ενώ το 2004 ήταν 3,2 (Ε.Ε. 11,9) ανά 100.000 κατοίκους, καταδεικνύοντας ιδιαίτερα μεγάλη διαφορά από το μέσο όρο παρά την αύξηση που σημείωσε τα τελευταία χρόνια.

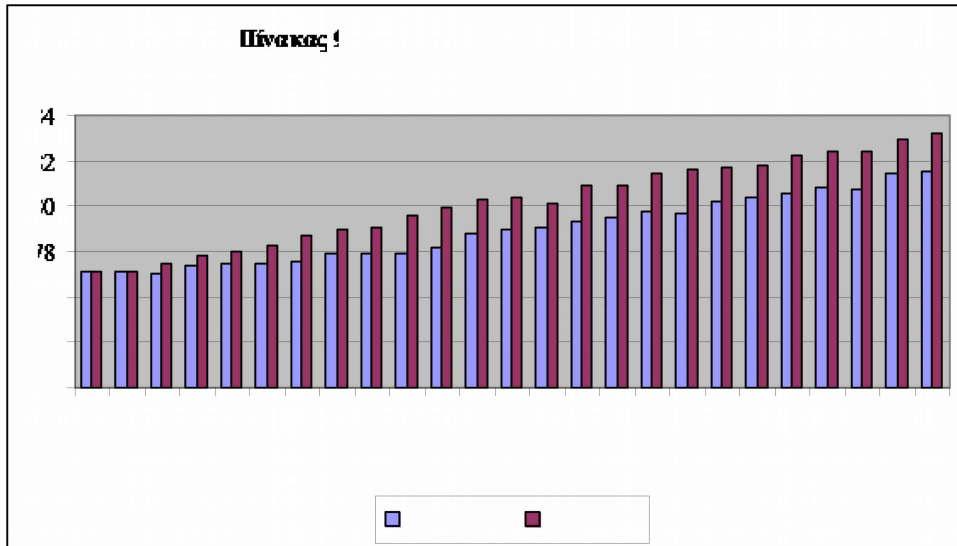


Πηγή: European Community Health Indicators

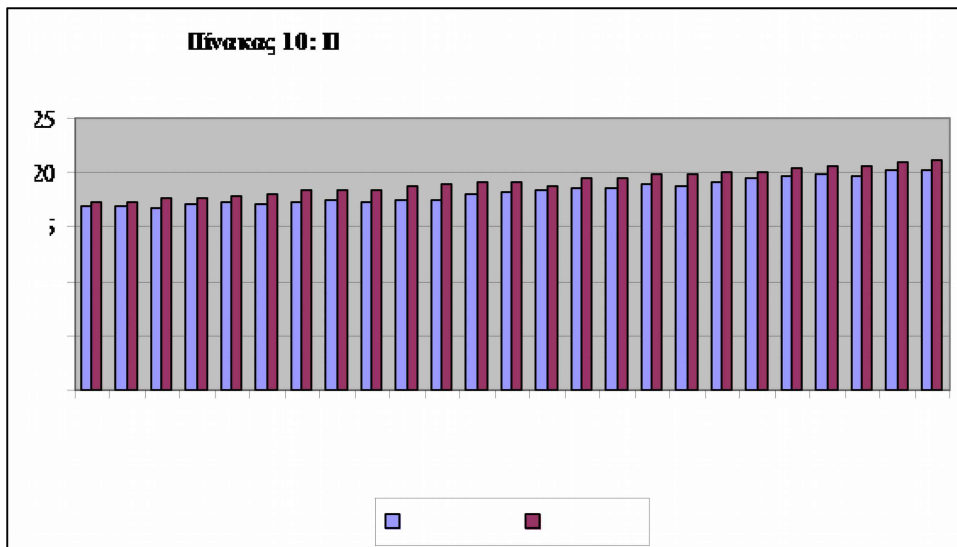
4. Σύγκριση της διαχρονικής εξέλιξης της υγείας του ελληνικού και ιταλικού πληθυσμού

Στην έρευνα τους, οι Granados και Rodriguez σύγκριναν την πορεία υγείας του πληθυσμού της Ελλάδος, Φινλανδίας και Ισλανδίας πριν την οικονομική κρίση 2003-2007 και μετά την οικονομική κρίση 2008-2012 για να βγάλουν ασφαλή συμπεράσματα κατά πόσο επηρέασε ή όχι την υγεία στις 3 χώρες. Στην παρούσα εργασία χρησιμοποιούνται τα τελευταία στατιστικά δεδομένα για τη σύγκριση Ελλάδας και Ιταλίας, σύμφωνα με τη μεθοδολογική προσέγγιση των παραπάνω ερευνητών.

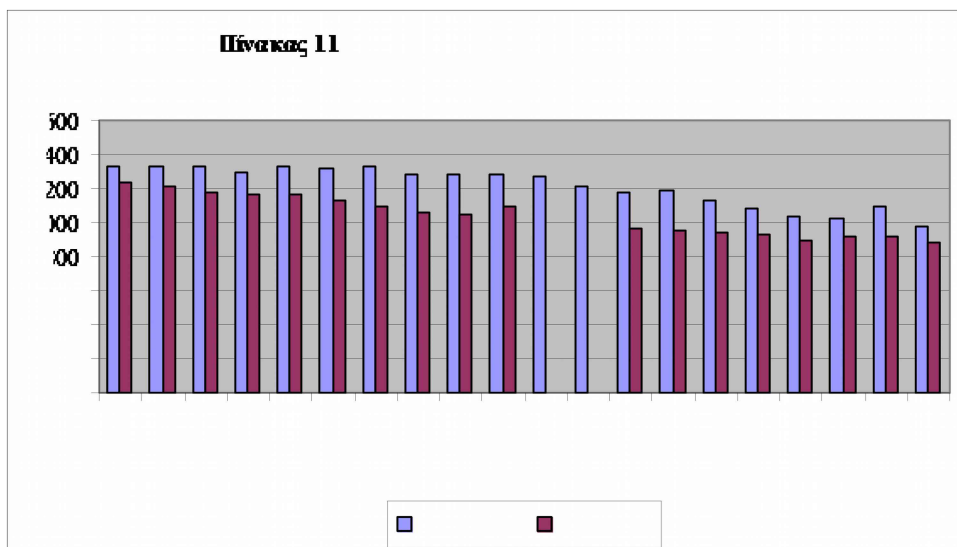
Συνεπώς, διακρίνεται μια θετική πορεία τόσο του ελληνικού όσο και του ιταλικού πληθυσμού στους εξής δείκτες υγείας: α) στο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, στην Ελλάδα την περίοδο 2001-2007 ο μέσος όρος ήταν 79,3 έτη και την περίοδο 2008-2014 αυξήθηκε στα 80,8, ενώ στην Ιταλία για τις ίδιες περιόδους οι τιμές κυμάνθηκαν από 80,8 σε 82,4 αντίστοιχα, β) στο προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών η Ελλάδα παρουσίασε θετικό πρόσημο κατά 1,2 έτη και η Ιταλία 1,1 κατά την περίοδο πριν και μετά την κρίση και, γ) στο δείκτη θνησιμότητας το 2007 καταγράφηκαν 1184,1 θάνατοι, ενώ το 2013 975,5 στον ελληνικό πληθυσμό και στην Ιταλία το 2007 953,5 ενώ το 2013 878,3. Άρα, είναι φανερό ότι στην Ιταλία οι συγκεκριμένοι δείκτες είναι πιο βελτιωμένοι σε σχέση με την Ελλάδα.



Πηγή: European Community Health Indicators

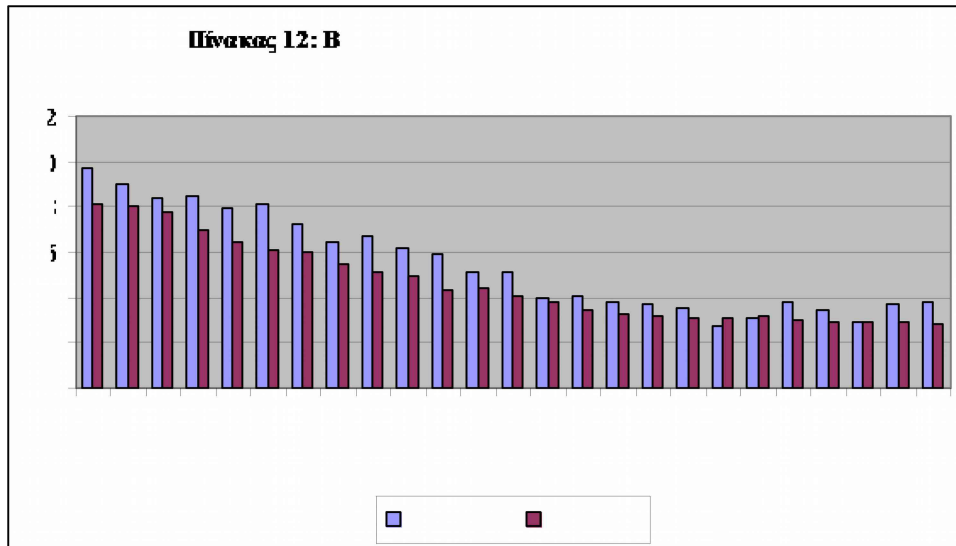


Πηγή: European Community Health Indicators



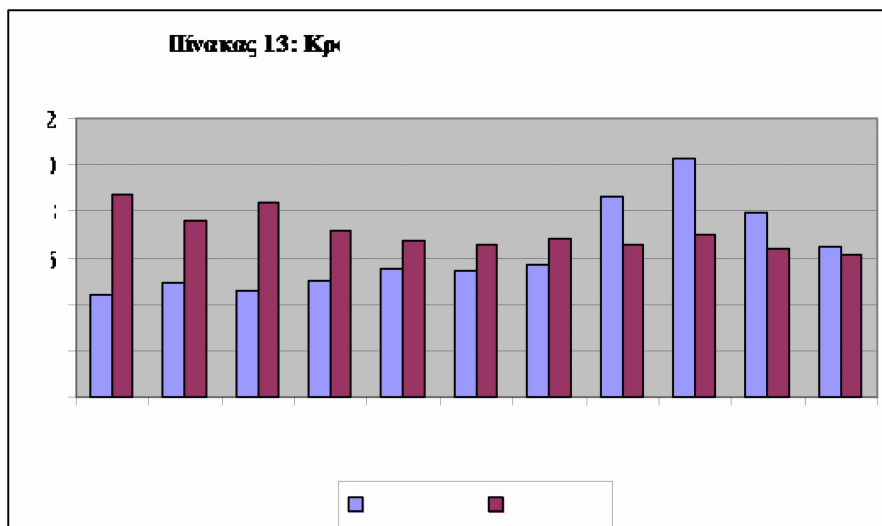
Πηγή: European Community Health Indicators

Όσον αφορά το δείκτη βρεφικής θνησιμότητας στην Ελλάδα παρατηρείται μια μικρή ανοδική τάση σε σχέση με την Ιταλία καθώς την περίοδο 2001-2007 ο μέσος όρος ήταν 4,18 θάνατοι στην Ελλάδα και 3,61 στην Ιταλία ενώ από το 2008-2014 καταγράφηκε πτώση με μέσο όρο 3,36 στην Ελλάδα και 2,97 στην Ιταλία. Παρόλη τη μικρή διαφορά η Ιταλία βρίσκεται σε καλύτερο επίπεδο στο συγκεκριμένο δείκτη.



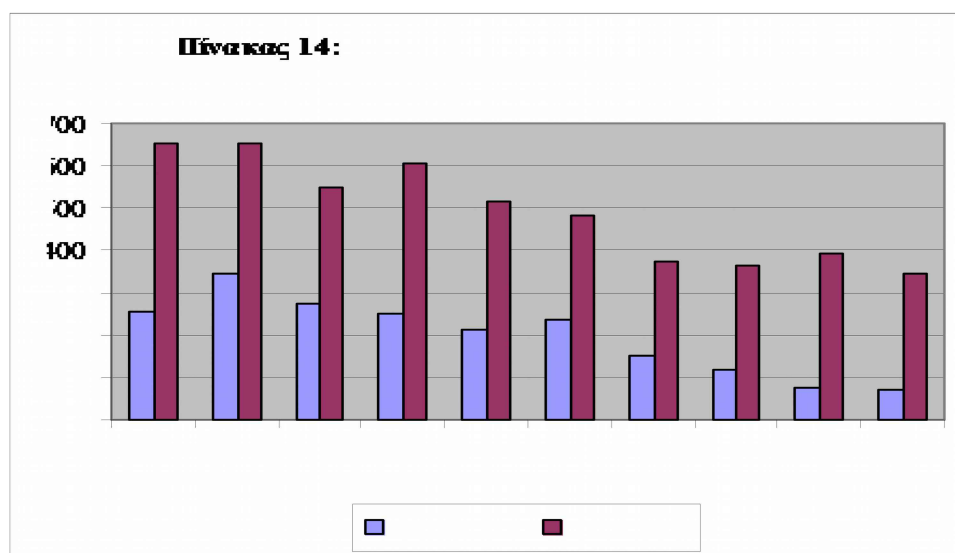
Πηγή: European Community Health Indicators

Τα κρούσματα HIV στην Ελλάδα παρουσιάζουν μια αύξηση από 4,6 το 2006 σε 10,3 το 2012 με σημαντική πτώση όμως το 2014 με 6,5. Από την άλλη στην Ιταλία το 2012 τα κρούσματα ήταν 7 ενώ το 2014 μειώθηκαν σε 6,1. Ουσιαστικά δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στο συγκεκριμένο τομέα.



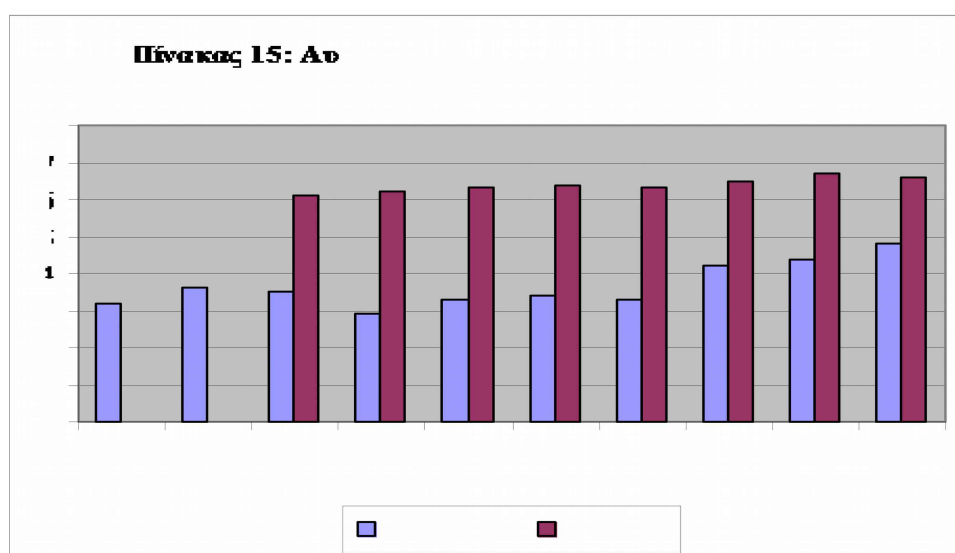
Πηγή: European Community Health Indicators

Επίσης, οι θάνατοι εξαιτίας της χρήσης ναρκωτικών ουσιών στην Ελλάδα δείχνουν σημαντική πτώση με μόλις 73 το 2013, ενώ στην Ιταλία παρόλο που υπάρχει πρωτοική τάση ο αριθμός είναι μεγαλύτερος με 344 θανάτους. Σε αυτό τον δείκτη φαίνεται καθαρά ότι στην Ιταλία υπάρχει μεγαλύτερο πρόβλημα.



Πηγή: European Community Health Indicators

Κλείνοντας, στις αυτοκτονίες παρόλο που είναι λιγότερες στην Ελλάδα έχουν ανοδική πορεία από το 2010 με 3,3 σε 4,8 το 2013 ενώ στην Ιταλία είναι συγκριτικά περισσότερες και σχεδόν σταθερές στις 6,5 το διάστημα 2006-2013.



Πηγή: European Community Health Indicators

Σύμφωνα με τα παραπάνω δεδομένα φαίνεται ότι η οικονομική κρίση στην Ελλάδα έχει επηρεάσει το δείκτη βρεφικής θνησιμότητας χωρίς όμως να έχει καμία σημαντική στατιστική διαφορά από το μέσο όρο της Ε.Ε. Επίσης, η αύξηση των νέων κρουσμάτων HIV πιθανόν να σχετίζεται με την οικονομική ύφεση λόγω της μείωσης των προγραμμάτων πρόληψης και διανομής συρίγγων και προφυλακτικών.

Καταλήγοντας, τα παραπάνω αποτελέσματα φαίνεται να συμφωνούν με τα δεδομένα της έρευνας των Granados και Rodriguez.

5. Η εξέλιξη της κατά κεφαλής δαπάνης υγείας στην Ελλάδα και στην Ιταλία

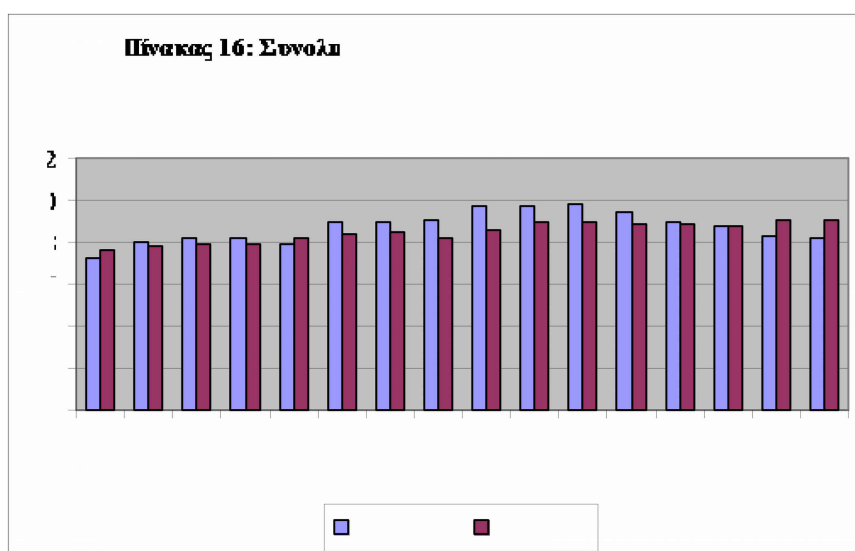
Σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), (2016) το συνολικό μέγεθος των δαπανών υγείας κάθε χώρας αποτυπώνεται ως ποσοστό του ΑΕΠ και αφορά την τελική κατανάλωση προϊόντων υγειονομικής περίθαλψης και υπηρεσιών του πληθυσμού. Οι συγκεκριμένες δαπάνες διακρίνονται σε ιατρικές, νοσοκομειακές και φαρμακευτικές και τα συστήματα υγείας των χωρών χρηματοδοτούνται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό, από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης και από τις ιδιωτικές συνδρομές (Λιαρόπουλος & Καϊτελίδου, 1998).

Έρευνα των Σουλιώτη και Κυριόπουλου (2005) για τις δαπάνες υγείας στην Ελλάδα και σε χώρες του ΟΟΣΑ συμπεραίνει ότι παρά τις μεγάλες αυξήσεις στις δαπάνες υγείας το 1965 λόγω των θετικών ρυθμών ανάπτυξης που επικρατούσαν και την ελεγχόμενη αύξηση από το 1975-1985 δεν παρατηρήθηκε ανάλογη βελτίωση στους δείκτες υγείας των πολιτών. Ωστόσο, συσχετίζοντας τα τελευταία δημοσιοποιημένα δεδομένα με τις κατά κεφαλή δαπάνες υγείας για την Ελλάδα και την Ιταλία διακρίνεται θετική σχέση των αυξήσεων των δαπανών με τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού των 2 χωρών.

Αξίζει να αναφερθεί ότι οι παράγοντες που επηρέασαν την ανοδική πορεία των υγειονομικών δαπανών είναι: α) Αύξηση προσδόκιμου ζωής στην Ελλάδα από 79,5 έτη το 2005 σε 81,5 το 2014 και στην Ιταλία από 80,9 σε 83,2 αντίστοιχα, β) αύξηση προσδόκιμου ζωής στην ηλικία των 65 ετών στην Ελλάδα από 18,6 το 2005 σε 20,3 το 2015 και στην Ιταλία από 19,4 σε 21,2 αντίστοιχα, γ) μείωση της θνησιμότητας ανά 100.000 κατοίκους στην Ελλάδα από 1264,9 το 2005 σε 975,5 το 2013 και στην Ιταλία από 960,2 σε 878,3 αντίστοιχα. Ανατρέχοντας στο 1995, οι παραπάνω δείκτες σήμερα είναι ακόμα πιο βελτιωμένοι. Συγκεκριμένα για το προσδόκιμο ζωής οι τιμές για την Ελλάδα ήταν 77,6 και για την Ιταλία 78,3, για το προσδόκιμο ζωής στην

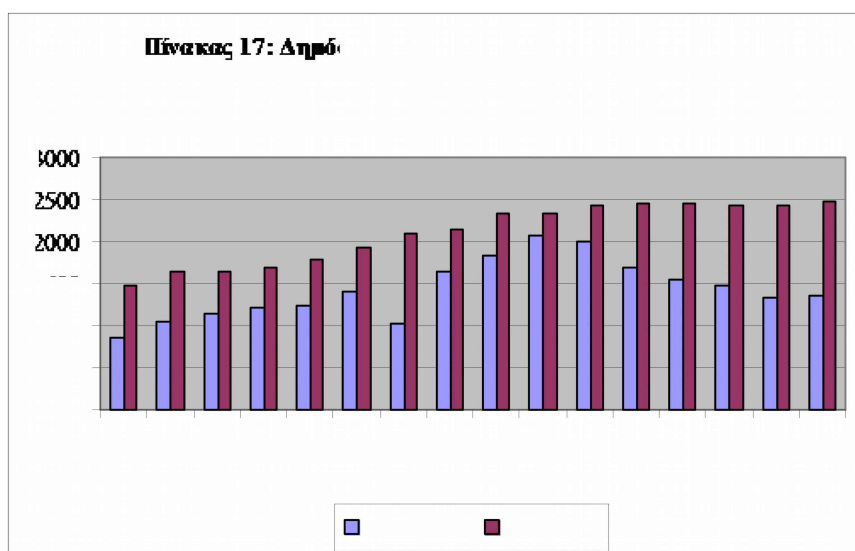
ηλικία των 65 ετών ήταν 17,1 και 18,1 ενώ για την θνησιμότητα ήταν 1335 και 1208,9 αντίστοιχα. Τέλος, η αύξηση των θανάτων από HIV στην Ελλάδα από 4,2 το 2000 σε 10,3 το 2012 και στην Ιταλία κυμαίνονται σε υψηλότερα επίπεδα με διακυμάνσεις από 8,7 - 6,1 κατά την περίοδο 2004-2014 ECHI (2014).

Ενδεικτικά, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία επί του ΑΕΠ στην Ελλάδα το 2000 ήταν 7,2%, το 2005 9% και το 2015 8,2 ενώ στην Ιταλία ήταν το 2000 7,6%, το 2005 8,4% και το 2015 9,1.



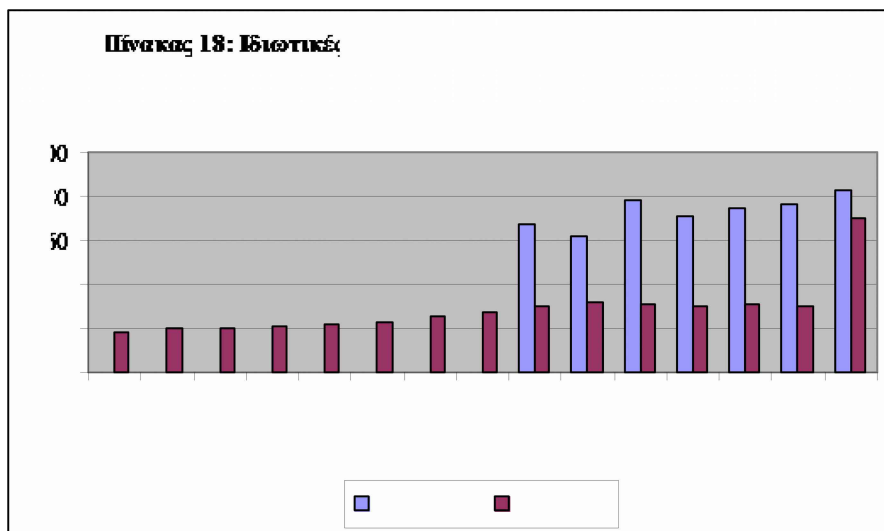
Πηγή: OECD Health Statistics 2016

Οι δημόσιες κατά κεφαλή δαπάνες στην Ελλάδα σε δολάρια Η.Π.Α. ήταν 861 το 2000, 1642 το 2007 και 1360 το 2015 και για την Ιταλία 1467, 2132 και 2470 αντίστοιχα.



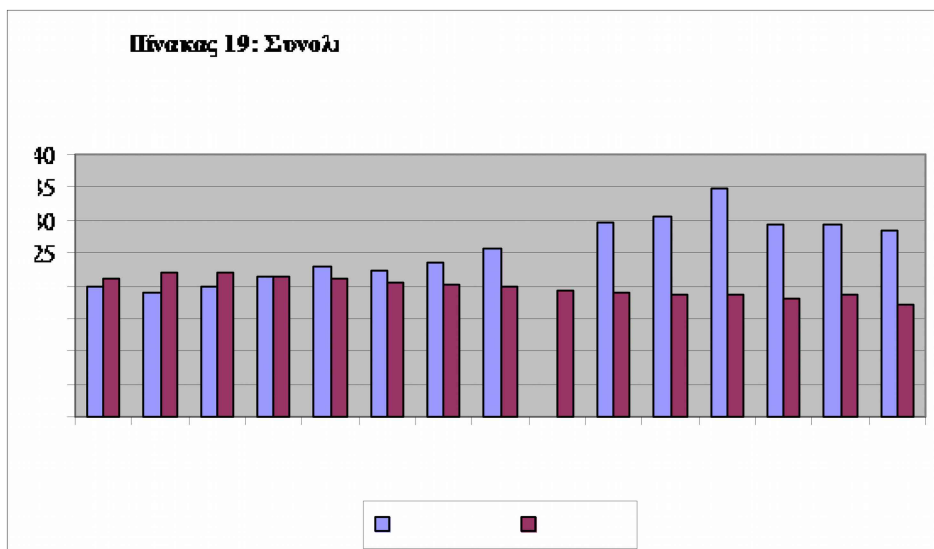
Πηγή: OECD Health Statistics 2016

Όσον αφορά τις ιδιωτικές, στην Ελλάδα υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία από το 2008 με κατά κεφαλή δαπάνες 67 δολλάρια, ενώ το 2014 αυξήθηκαν σε 83 και στην Ιταλία το 2000 ήταν 18, το 2008 30 και το 2014 70. Συνεπώς, παρατηρείται στην Ελλάδα ακόμα μεγαλύτερη επιβάρυνση κάθε νοικοκυριού για την υγειονομική του περίθαλψη, έτσι ώστε οι περισσότεροι να επιδιώκουν η περίθαλψή τους να καλύπτεται από το ήδη υπερφορτωμένο Εθνικό Σύστημα Υγείας.



Πηγή: OECD Health Statistics 2016

Αναφορικά με τις φαρμακευτικές δαπάνες στην Ελλάδα το 2000 ήταν 19,87%, το 2007 25,8% και το 2015 έφτασε στο 28,36% κατατάσσοντας την Ελλάδα στην πρώτη θέση για το συγκεκριμένο δείκτη, ενώ στην Ιταλία 21,16%, 20% και 16,97 αντίστοιχα. Αυτή η δυσαναλογία πληθυσμού - φαρμακευτικών δαπανών οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην υπερσυνταγολόγηση (τριπλάσιες) σε σύγκριση με χώρες του ΟΟΣΑ. (Ρεκλείτη και συν., 2012).



Πηγή: OECD Health Statistics 2016

6. Συμπεράσματα

Η συγκριτική μελέτη για το επίπεδο υγείας των πληθυσμών Ελλάδας και Ιταλίας αποκάλυψε ότι οι βασικοί δείκτες υγείας συνεχίζουν να βελτιώνονται ή να κυμαίνονται σε σταθερά επίπεδα παρά τη μεγάλη οικονομική ύφεση, επιβεβαιώνοντας μάλιστα την έρευνα των Granados και Rodriguez. Η Ιταλία παρουσιάζει καλύτερα αποτελέσματα σε δείκτες που αφορούν το προσδόκιμο ζωής και τη θνησιμότητα, ενώ η Ελλάδα στους θανάτους από ναρκωτικά, αυτοκτονίες και στα κρούσματα HIV.

Ωστόσο, η βελτίωση των δεικτών συνεπάγεται με αύξηση των δαπανών. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η γήρανση του πληθυσμού, η οποία επιφέρει μεγαλύτερες υγειονομικές ανάγκες.

Στην Ελλάδα παρατηρείται πτώση των δημόσιων δαπανών υγείας μετά το 2010, ενώ οι ιδιωτικές παρουσιάζουν αυξήσεις από το 2011 έως και σήμερα σε αντίθεση με την Ιταλία της οποίας οι ιδιωτικές αυξήθηκαν αρκετά το 2014, ενώ οι δημόσιες παραμένουν σε σταθερά επίπεδα.

Επιπλέον, στην Ελλάδα οι φαρμακευτικές δαπάνες έφτασαν σε δυσθεώρητα ύψη παρά το σχετικά μικρό πληθυσμιακό της μέγεθος συγκριτικά με την Ιταλία, αλλά τα τελευταία χρόνια παρατηρείται πτώση ή συγκράτηση της δαπάνης.

Με βάση τα παραπάνω οι κυβερνήσεις των 2 χωρών οφείλουν να λάβουν κατάλληλα μέτρα και να χρησιμοποιήσουν την οικονομική κρίση ως εφελκυστικό για την

αναδιάρθρωση και εξυγίανση του υγειονομικού συστήματος, ειδάλλως εγκυμονούν σοβαροί κίνδυνοι εκτροχιασμού της δημόσιας υγείας.

Η λήψη μέτρων, όπως η προστασία και η καλύτερη αξιοποίηση της διαθέσιμης χρηματοδότησης που αφορά την υγεία, η δημιουργία στρατηγικού σχεδιασμού, η προσεκτικότερη οικονομική διαχείριση και η συνεργασία των 2 χωρών σε επίπεδο καλών πρακτικών είναι δυνατόν να λειτουργήσει υπέρ της δημόσιας υγείας και κοινωνικής πρόνοιας.

Εν κατακλείδι, κάθε χώρα οφείλει να προσπαθήσει να βρει νέους τρόπους χρηματοδότησης για την υγεία, να δώσει έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στην πρόληψη και προαγωγή με απώτερο στόχο την σωματική και πνευματική ευεξία του πληθυσμού.

Βιβλιογραφία

- 1. European Community Health Indicators.** Διαθέσιμο: http://www.ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm. [Ημ. Πρόσβασης: 19/10/2016].
- 2. Karanikolos, M., & Kentikelenis, A. (2016).** Health inequalities after austerity in Greece. *International Journal for Equity in Health* (2016) 15:83.
- 3. Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., Mackenbach, J., McKee, M. (2013).** Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet* 2013; 381: 1323-31.
- 4. Liaropoulos, L., Kaitelidou, D.** Changing the public-private mix: An assesment of the health reforms in Greece. *Health Care Anal*, 1998; 6: 277-285.
- 5. OECD Health Statistics. (2016).** Διαθέσιμο: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-statistics.htm> [Ημ. Πρόσβασης: 20/10/2016].
- 6. Speller, V. (2007).** Collective and individual responsibilities for health, both physical and mental. Διαθέσιμο: <http://www.healthknowledge.org.uk> [Ημ. Πρόσβασης: 21/10/2016].
- 7. Tapia Granados, JA., Rodriguez, JM.** Health, economic crisis, and austerity: A comparison of Greece, Finland and Iceland. *Health Policy*. 2015 Jul; 119 (7):941-53.

8.WHO (1981). Development of indicators for monitoring progress towards health for all by the year 2000, in «Health for All», Geneva.

9. WHO (2013). Definition of health. Διαθέσιμο: <http://www.who.int> [Ημ. Πρόσβασης: 21/10/2016].

10. Zavras, D., Zavras, A., Kyriopoulos, I., Kyriopoulos, J. (2016). Economic crisis, austerity and unmet healthcare needs: the case of Greece.

11. Ιωαννίδη, Ε., Μάντη, Π., Λοπατατζίδης, Α. (1999). ΕΑΠ: Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις. Τόμος Α. Υγεία: Οριοθετήσεις και Προοπτικές.

12. Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π. (2007). Υπηρεσίες Υγείας, τόμος Α, εκδόσεις, Κλειδάριθμος, Αθήνα.

13. Κυριόπουλος, Γ., & Τσιάντου, Β. (2010). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2010, 27 (5): 834-840.

14. Λιαρόπουλος, Α. Α. (2007). Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Α' τόμος, εκδ. Βήτα, Αθήνα.

15. Χαλκιά, Β., Βαρακλιώτη, Α., Σαράφης, Π., Μπαμίδης, Π. (2015). Συγκριτική μελέτη της κατάστασης υγείας του ελληνικού πληθυσμού με την υγεία των 28 χωρών της Ευρώπης. Διεπιστημονική φροντίδα υγείας (2015) Τόμος 7, Τεύχος 4, 151-164.

Για το περιεχόμενο της παρούσας εργασίας την ευθύνη έχει ο συγγραφέας