

# Ανάλυση επιπέδου και δεικτών υγείας Ελλάδας και Ισπανίας στα χρόνια πριν και μετά την οικονομική κρίση

Συμεών Ναούμ

Υγειονομική Υπηρεσία 116 Πτέρυγα μάχης, Αραξος

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας στηρίζεται στη μελέτη του επιπέδου υγείας του πληθυσμού της, επηρεαζόμενο άμεσα ή έμμεσα από πολλούς παράγοντες που συσχετίζονται με τους «δείκτες υγείας». Από την ανάλυση του επιπέδου υγείας της Ελλάδας και Ισπανίας προ και μετά οικονομικής κρίσης, το επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού κρίνεται γενικώς καλό, ενώ και το επίπεδο υγείας του ισπανικού πληθυσμού δε φαίνεται να επηρεάζεται από την κρίση. Αντίθετα, η οικονομική κρίση στην Ελλάδα και στην Ισπανία φαίνεται να επηρεάζει δείκτες, που αφορούν: την επίπτωση του HIV και το ποσοστό γεννήσεων ζώντων νεογνών με βάρος μικρότερο από 2500 γραμμάρια. Επιπλέον, στην Ελλάδα επηρεάζονται και οι δείκτες: θάνατοι από επιθέσεις, αυτοκτονίες και εκ προθέσεως αυτοτραυματισμοί. Τέλος, ο δείκτης «κατά κεφαλήν συνολική δαπάνη για την υγεία» είναι χειρότερος στην Ελλάδα απ' ότι στην Ισπανία. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι τα εθνικά και διεθνή στατιστικά δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν και επεξεργάστηκαν στο παρόν άρθρο, δεν ξεπερνούν το 2014, κάτι που δεν απεικονίζει την πλέον πρόσφατη κατάσταση του επιπέδου υγείας των δύο χωρών. Εκτιμάται ότι τα δεδομένα είναι σχετικά λίγα για μια ασφαλέστερη εκτίμηση και τα αποτελέσματα της κρίσης θα φανούν-καλύτερα-σε μεγαλύτερο βάθος χρόνου. Ωστόσο, εκτιμάται πως η μείωση των κατά κεφαλή δαπανών για την υγεία καθώς και η παρατεταμένη ανεργία με τις συνέπειές της, αναδεικνύονται σε σημαντικά ζητήματα.



**Λέξεις ευρετηρίου:** προσδιοριστικοί παράγοντες υγείας, δείκτες υγείας, κατά κεφαλήν συνολική δαπάνη υγείας, επίπεδο υγείας ελληνικού και ισπανικού πληθυσμού



Παραπομπή

Σ. Ναούμ. Ανάλυση επιπέδου και δεικτών υγείας Ελλάδας και Ισπανίας στα χρόνια πριν και μετά την οικονομική κρίση. *Επιστημονικά Χρονικά* 2018; 23(1): 89-104

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μελέτη του επιπέδου υγείας του πληθυσμού μιας χώρας αποτελεί βασικό παράγοντα για την κοινωνική και

οικονομική της ανάπτυξη. Διάφοροι παράγοντες προσδιορίζουν το επίπεδο υγείας, όπως [1]: οικογενειακοί θεσμοί (οικογένεια, σχολείο, κλπ), υπηρεσίες υγείας (πρόσβαση σε φροντίδα υγείας, ποιότητα

νοσοκομειακής περίθαλψης, κλπ), παράγοντες κοινωνικο - οικονομικοί (κοινωνική θέση, εισόδημα, μόρφωση, κλπ), πολιτιστικοί (ήθη, έθιμα, τρόπος ζωής, συνήθειες, τάσεις-στάσεις απέναντι στην υγεία, κλπ), πολιτικοί (προγραμματισμός του τομέα υγείας, αποδοτικότητα του συστήματος υγείας, κλπ), περιβαλλοντικοί (κλιματολογικές συνθήκες, περιβαλλοντική ρύπανση, κλπ), συμπεριφορά (κάπνισμα, διατροφικές συνήθειες, αλκοόλ, επάρκεια ύπνου, κλπ), δημογραφικοί (ρυθμός εξέλιξης πληθυσμού, εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση, σύνθεση του πληθυσμού κατά φύλο, ηλικία, επάγγελμα, κλπ), υγειονομικοί-ιατρικοί (επίπεδο και εξέλιξη υγειονομικών, επιδημιολογικών και ιατρικών γνώσεων και πρακτικών, κλπ).

Στη βιβλιογραφία, ένα σύνολο παραγόντων που επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού, συσχετίζονται με τους λεγόμενους «δείκτες υγείας». Η μέτρηση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού είναι μια δύσκολη διαδικασία καθώς δεν υπάρχει ένας παγκόσμιος δείκτης υγείας. Για το λόγο αυτό, για την παρακολούθηση και εξέλιξη της κατάστασης υγείας ενός πληθυσμού χρησιμοποιούνται δείκτες υγείας, ώστε να γίνουν κατανοητές οι μεταβολές που έχουν σημειωθεί διαχρονικά στην υγεία των πληθυσμών.

Οι δείκτες υγείας είναι ένα σύνολο δεδομένων τα οποία στηρίζονται σε στατιστικές πληροφορίες που έχουν προκύψει με συγκεκριμένη μεθοδολογία, ώστε να διασφαλίζεται η συγκρισιμότητα των συμπερασμάτων σε μια δεδομένη χρονική περίοδο, αποτελώντας προσδιοριστικούς παράγοντες του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Οι δείκτες έχουν χαρακτηριστικά

ποσότητας, ποιότητας και χρόνου, χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση -άμεσα ή έμμεσα- των αλλαγών σε μία κατάσταση που αφορά στην υγεία, παρέχοντας τη βάση για σχεδιασμό, ανάπτυξη και αξιολόγηση προγραμμάτων που στοχεύουν στη βελτίωσή της. [2]

Σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) το επίπεδο υγείας αποτυπώνεται μέσα από δείκτες θνησιμότητας, νοσηρότητας, το προσδόκιμο ζωής, τα Έτη Υγιούς Ζωής και τη μέτρηση της ποιότητας ζωής. [3]

Είναι γεγονός ότι η ελληνική οικονομία βρίσκεται σε δυσμενή κατάσταση, όπως αυτή καθορίζεται από την πτώση του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ), καθιστώντας επιτακτική ανάγκη και υψίστης σημασίας τη μελέτη επίπτωσης της οικονομικής κρίσης στους δείκτες υγείας και την εξαγωγή ανάλογων συμπερασμάτων. Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) οι περισσότεροι δείκτες υγείας επηρεάζονται από το κατά κεφαλήν εισόδημα μίας χώρας και από τις δαπάνες για τις υπηρεσίες υγείας [4]. Ωστόσο, ο τρόπος και το μέγεθος επιρροής του επιπέδου υγείας των πολιτών μιας χώρας που υφίσταται οικονομική κρίση δεν έχει συσχετιστεί ποσοτικά με τη μείωση του ΑΕΠ. Προκειμένου να δοθεί απάντηση στο παραπάνω ερώτημα, θα πρέπει να μελετηθεί η επίπτωση της οικονομικής κρίσης στις δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, οι οποίες καθορίζονται: α) από το ΑΕΠ [5], β) τα δημογραφικά στοιχεία και το πρότυπο των ασθενειών του πληθυσμού καθώς και γ) από τη μορφή του συστήματος υγείας [6]. Επίσης, πρέπει να αναλυθούν οι

δείκτες υγείας και να βρεθούν εκείνοι που συνοψίζουν καλύτερα τα αποτελέσματα της μείωσης των δαπανών στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Τέλος, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι τα αποτελέσματα της οικονομικής κρίσης όσον αφορά το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού μιας χώρας θα γίνουν ορατά σε μεγαλύτερο βάθος χρόνου, έως ότου δηλαδή να επιδράσουν οι παράγοντες κινδύνου στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

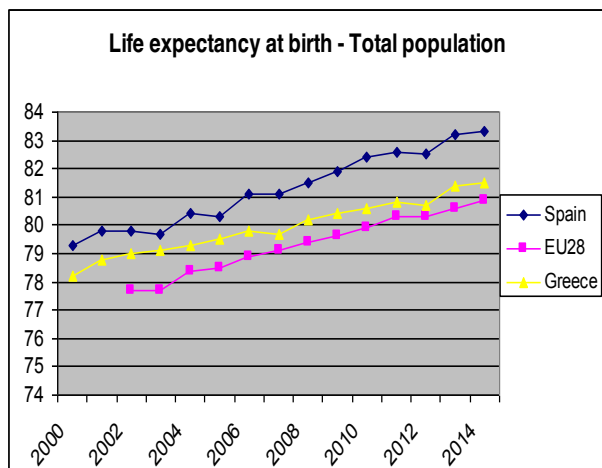
Στο παρόν άρθρο, αναφέρονται οι προσδιοριστικοί παράγοντες υγείας πληθυσμού, αναλύεται η διαχρονική εξέλιξη δεικτών υγείας του ελληνικού και ισπανικού πληθυσμού και περιγράφεται το επίπεδο υγείας του ελληνικού και ισπανικού πληθυσμού. Επιπρόσθετα, εξετάζεται η επίδραση της οικονομικής κρίσης στους δείκτες υγείας και τα ευρήματα της μελέτης συσχετίζονται με την εξέλιξη της κατά κεφαλήν συνολικής δαπάνης υγείας στις χώρες αυτές. Για την εκπόνηση της εργασίας, χρησιμοποιήθηκαν πηγές, που διέθεταν τα πλέον πρόσφατα δεδομένα, αλλά έγινε και αναφορά σε αντίστοιχους δείκτες για την ΕΕ28 ή τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο (ΕΜΟ), όπου αυτό ήταν δυνατόν, ώστε να είναι εφικτή η σύγκριση των δεικτών με κεντρικές τιμές. Για την εξαγωγή συμπερασμάτων έγινε επεξεργασία δεδομένων από: ΕΛΣΤΑΤ, ECHI-Heidi Data tool, OECD Health Statistics 2016-Frequently Requested Data, WHO data. Για τη διαχρονική επισκόπηση των δεικτών, ελήφθη υπόψη το διάστημα 2000-2014, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις το καταληκτικό έτος είναι το 2013 ή 2012 ανάλογα με τη διαθεσιμότητα δεδομένων, στο χρόνο που έγινε η μελέτη.

## ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΙΣΠΑΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Η εξέλιξη του επιπέδου υγείας Ελλάδας και Ισπανίας, στα χρόνια πριν και μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, στηρίχθηκε στη σύγκριση ενός διευρυμένου - κατά το δυνατόν- αριθμού δεικτών υγείας. Η Ισπανία επιλέχθηκε να συγκριθεί με την Ελλάδα γιατί -όπως και η Ελλάδα- επηρεάστηκε έντονα από την κρίση, η οποία έγινε ιδιαίτερα εμφανής στις δύο χώρες την ίδια περίπου χρονική περίοδο, αλλά και γιατί η Ισπανία είναι χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της Ευρωζώνης, με παρόμοια πληθυσμιακή διαστρωμάτωση και μορφή κοινωνικών σχέσεων σε σύγκριση με την Ελλάδα. Η επεξεργασία των δεδομένων και τα γραφήματα που παρήχθησαν, αποτέλεσαν τη βάση εξαγωγής συμπερασμάτων σχετικά με τη διαχρονική εξέλιξη των δεικτών υγείας σε Ελλάδα και Ισπανία, που συνοψίζονται παρακάτω.

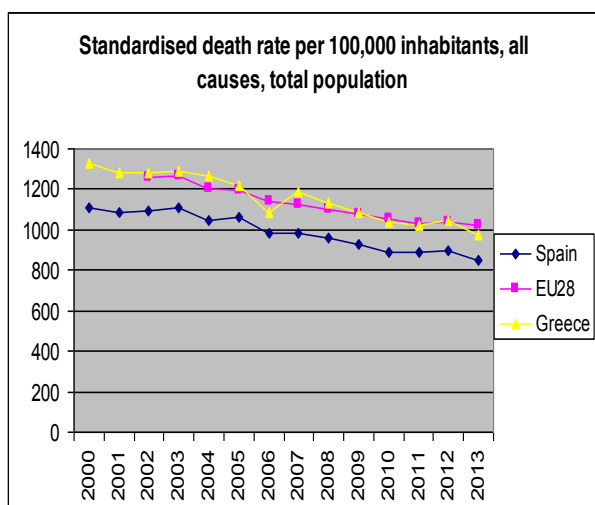
Ένας από τους βασικότερους δείκτες υγείας που χρησιμοποιείται για την περιγραφή-απεικόνιση του επιπέδου υγείας μιας χώρας αποτελεί το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση, που εκφράζει τα αναμενόμενα έτη ζωής ενός ανθρώπου υπό φυσιολογικές συνθήκες (Γράφημα 1) [7].

Επίσης, σημαντικός είναι και ο δείκτης «Γενική Θνησιμότητα- Τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας ανά 100.000 κατοίκους -όλα τα αίτια» βασίζεται στον αριθμό θανάτων σε μία χώρα διαιρούμενο με το μέγεθος του πληθυσμού. Για να είναι

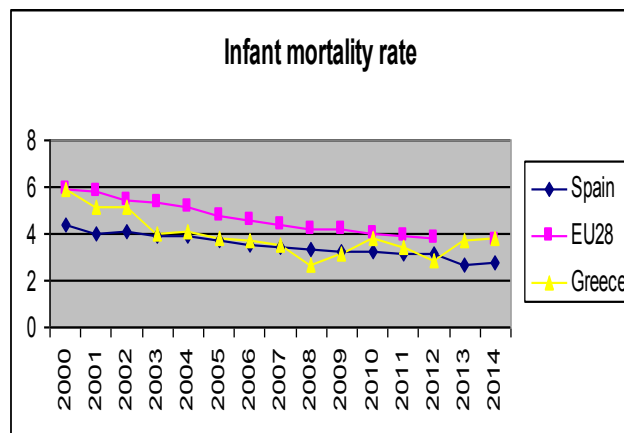


**Γράφημα 1.** Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση - Συνολικός πληθυσμός (Πηγή: Επεξεργασμένα δεδομένα από ECHI-Heidi Data tool).

εφικτή η σύγκριση διαχρονικά και μεταξύ χωρών, τα δεδομένα προτυποποιούνται, αφαιρώντας την επίδραση ηλικιακών διαφορών και χρησιμοποιείται ο προτυποποιημένος δείκτης, εκφραζόμενος ως αριθμός θανάτων ανά 100.000 πληθυσμού (Γράφημα 2).



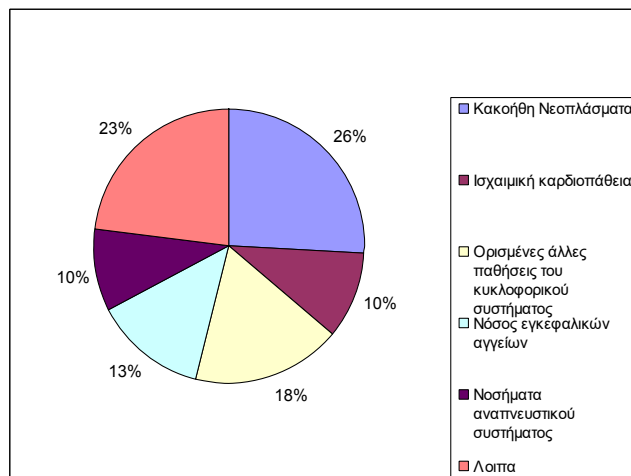
**Γράφημα 2.** Τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας ανά 100.000 κατοίκους, όλα τα αίτια, ο συνολικός πληθυσμός (Πηγή: Επεξεργασμένα δεδομένα από ECHI-Heidi Data tool).



**Γράφημα 3.** Βρεφική Θνησιμότητα (Πηγή: Επεξεργασμένα δεδομένα από ECHI-Heidi Data tool).

Τέλος, η «βρεφική θνησιμότητα» αφορά στο λόγο των θανάτων των βρεφών ηλικίας κάτω του ενός έτους μέσα σε ένα ημερολογιακό έτος, προς τον αριθμό των γεννήσεων ζώντων του έτους αυτού, επί 1000. Αποτελεί δείκτη ιδιαίτερης σημασίας, «αφού αντανακλά τις κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες κάτω από τις οποίες τα έμβρυα κυοφορήθηκαν και γεννήθηκαν και αντικατοπτρίζει την αποτελεσματικότητα του υγειονομικού συστήματος να επέμβει και να διορθώσει εγκαίρως προβλήματα σε όλη την πορεία του εμβρύου μέχρι τη συμπλήρωση ενός χρόνου ζωής» [8-10] (Γράφημα 3). Τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Ισπανία, οι δύο πρώτοι δείκτες παρουσιάζουν βελτίωση διαχρονικά, ενώ η βρεφική θνησιμότητα φαίνεται να αυξάνεται στην περίπτωση της Ελλάδας από το 2009 και θα πρέπει να προβληματίσει, σε αντίθεση με την Ισπανία όπου παρουσιάζει μείωση.

Όσον αφορά τη νοσηρότητα και τις κύριες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα σύμφωνα με τα στοιχεία του 2014 της ΕΛΣΤΑΤ [11], οι

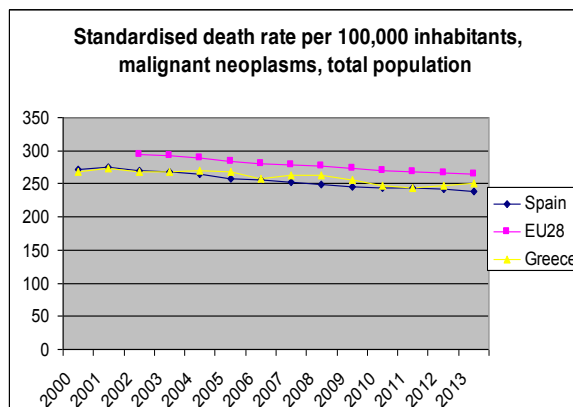


**Γράφημα 4.** Συνηθέστερες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα (2014) (Πηγή: Επεξεργασμένα δεδομένα από ECHI-Heidi Data tool).

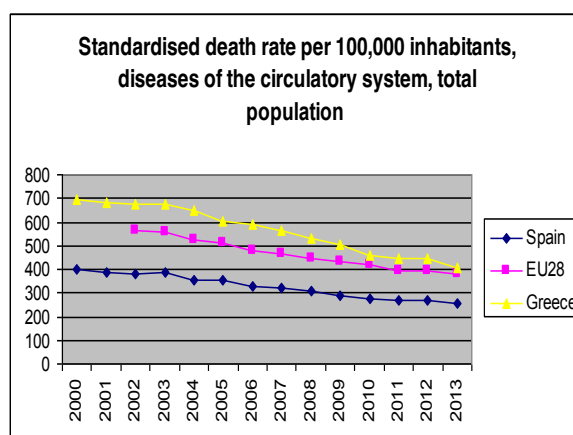
πολυπληθέστερες ομάδες αιτιών θανάτου ήταν τα κακοήθη νεοπλάσματα 26%, η ισχαιμική καρδιοπάθεια 10%, η νόσος εγκεφαλικών αγγείων 13%, ορισμένες άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος 18% και τα νοσήματα αναπνευστικού συστήματος 10% (Γράφημα 4).

Σημειώνεται ότι οι κύριες αιτίες θανάτου στην ΕΕ28 είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο καρκίνος και τα αναπνευστικά νοσήματα. [12] Για τα παραπάνω νοσήματα παρουσιάζεται βελτίωση στους αντίστοιχους δείκτες «Τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας ανά 100.000 κατοίκους, κακοήθη νεοπλάσματα - νοσήματα κυκλοφορικού συστήματος - αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια - ισχαιμική καρδιακή νόσος - ασθένειες αναπνευστικού συστήματος - συνολικός πληθυσμός» και στις δύο χώρες (Γραφήματα 5,6,7,8,9).

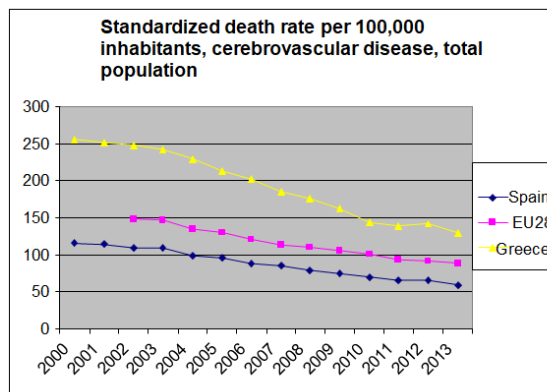
Σχετικά με το AIDS/HIV, ενδιαφέρον παρουσιάζει η μεταβολή των δεικτών υγείας: τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας



**Γράφημα 5.**

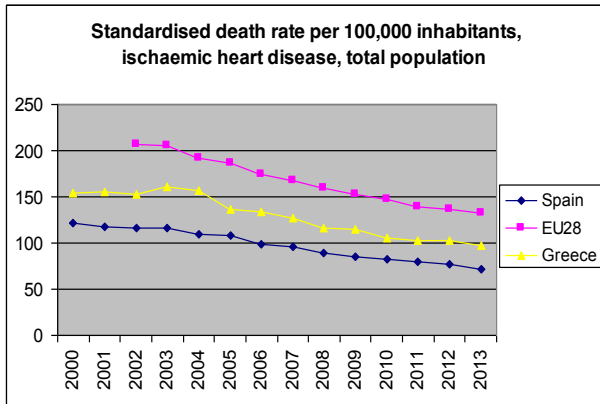


**Γράφημα 6.**

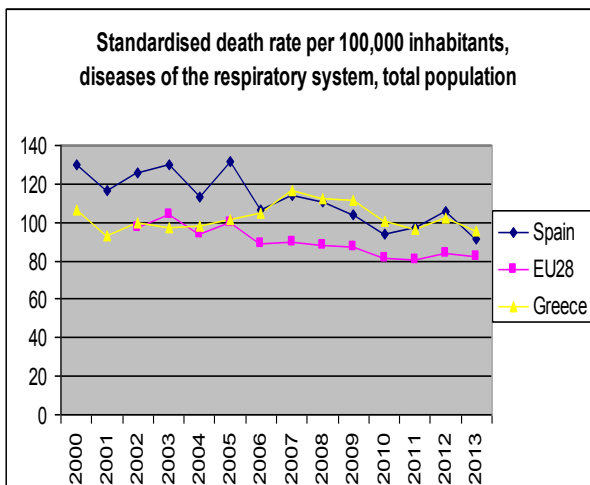


**Γράφημα 7.**

Τυποποιημένα ποσοστά θνησιμότητας ανά 100.000 κατοίκους, συνολικός πληθυσμός (Πηγή: Επεξεργασμένα δεδομένα από ECHI-Heidi Data tool).



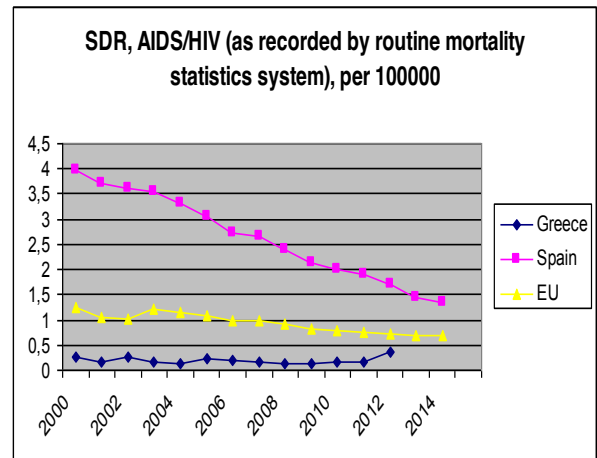
Γράφημα 8.



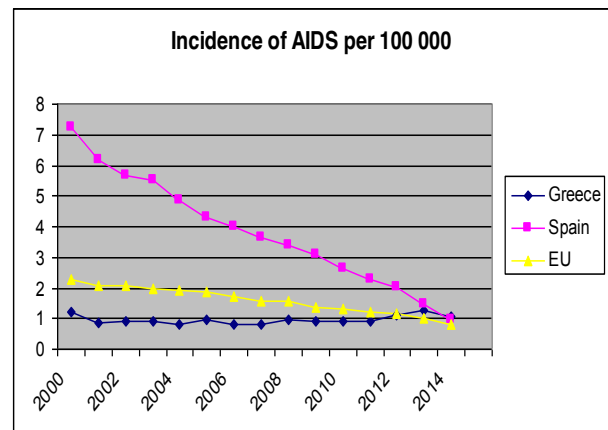
Γράφημα 9.

Τυποποιημένα ποσοστά θνησιμότητας ανά 100.000 κατοίκους, συνολικός πληθυσμός (Πηγή: Επεξεργασμένα δεδομένα από ECHI-Heidi Data tool).

AIDS/HIV ανά 100.000 πληθυσμού, επίπτωση AIDS ανά 100.000 πληθυσμού, επίπτωση του HIV ανά 100.000 πληθυσμού [13]. Συγκεκριμένα, οι δύο πρώτοι δείκτες παρουσιάζουν βελτίωση και στις δύο χώρες, ενώ στην επίπτωση του HIV ανά 100.000 πληθυσμού σε γενικές γραμμές η τάση είναι βελτιωτική. Εντούτοις, στη περίπτωση της

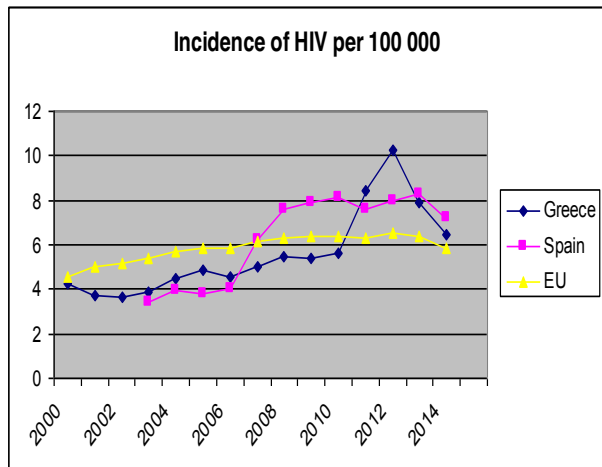


**Γράφημα 10.** Τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας AIDS/HIV, ανά 100.000 πληθυσμού (Πηγή: Επεξεργασμένα δεδομένα από WHO Data).

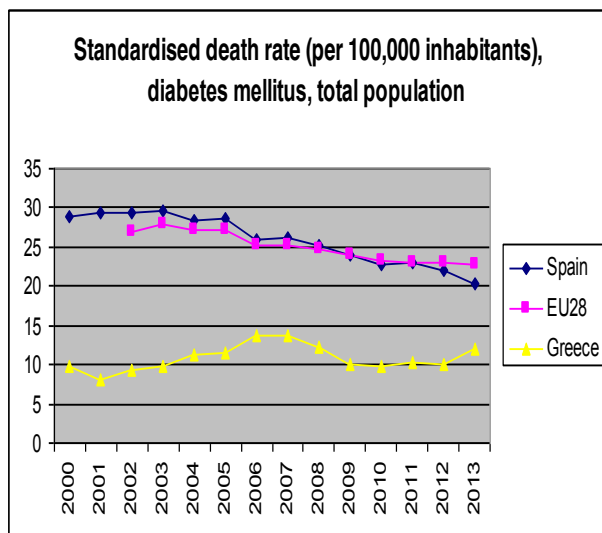


**Γράφημα 11.** Επίπτωση AIDS ανά 100.000 πληθυσμού (Πηγή: Επεξεργασμένα δεδομένα από WHO Data).

Ελλάδας, η αύξηση προβληματίζει (Γραφήματα 10,11,12).

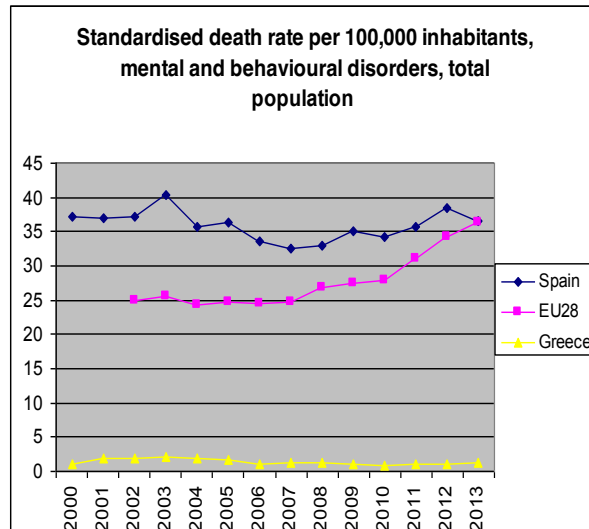


**Γράφημα 12.** Επιπτώση του HIV ανά 100.000 πληθυσμού (Πηγή: Επεξεργασμένα δεδομένα από WHO Data).

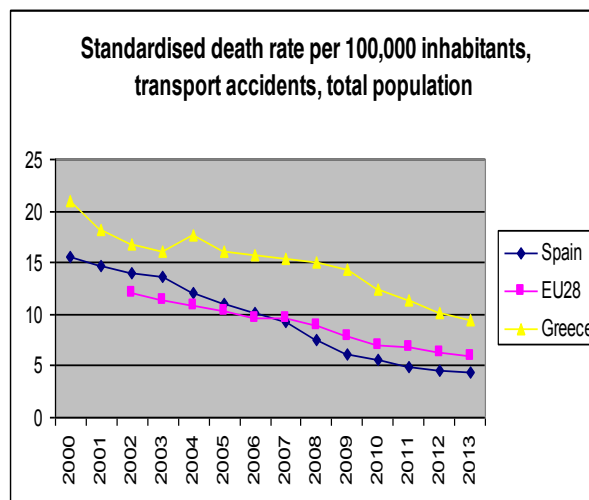


**Γράφημα 13.** Τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας (ανά 100.000 κατοίκους), σακχαρώδη διαβήτη, συνολικός πληθυσμός (Πηγή: Επεξεργασμένα δεδομένα από ECHI-Heidi Data tool).

Όσον αφορά στη θνησιμότητα που σχετίζεται με το σακχαρώδη διαβήτη II, τις ψυχικές συμπεριφορές και με ατυχήματα («τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας ανά 100.000 κατοίκους, σακχαρώδη διαβήτη,



**Γράφημα 14.** Τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας (ανά 100.000 κατοίκους), ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές, συνολικός πληθυσμός (Πηγή: Επεξεργασμένα δεδομένα από ECHI-Heidi Data tool).

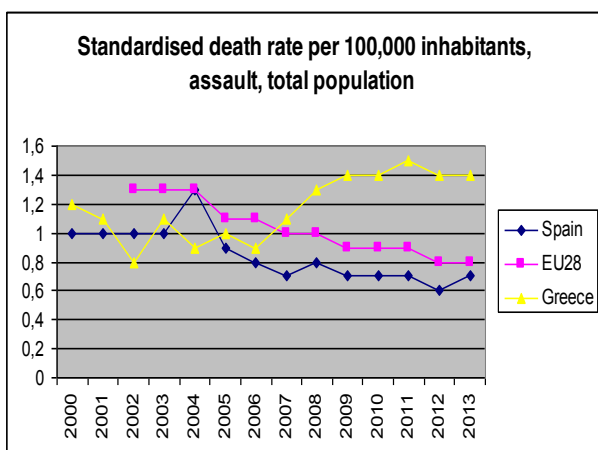


**Γράφημα 15.** Τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας (ανά 100.000 κατοίκους), ατυχήματα μεταφοράς, συνολικός πληθυσμός (Πηγή: Επεξεργασμένα δεδομένα από ECHI-Heidi Data tool).

συνολικός πληθυσμός», «τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας ανά 100.000 κατοίκους, ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές, συνολικός πληθυσμός»,

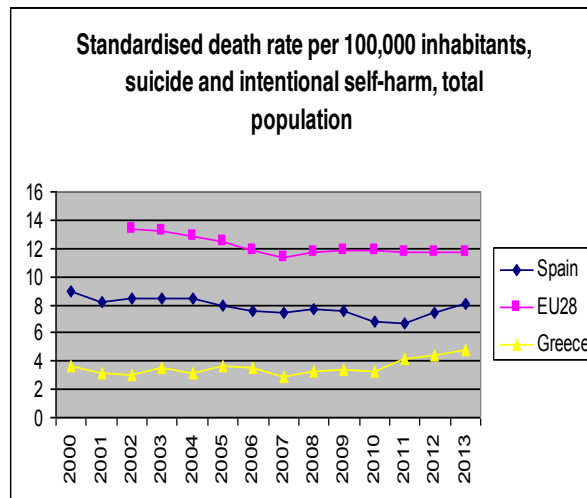
«τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας ανά 100.000 κατοίκους, ατυχήματα μεταφοράς, συνολικού πληθυσμού») παρουσιάζει βελτίωση και στις δύο χώρες (Γραφήματα 13,14,15).

Ωστόσο ειδικότερα, στο δείκτη που αφορά στις επιθέσεις (Γράφημα 16) και στις αυτοκτονίες (Γράφημα 17), για την Ελλάδα παρατηρείται χειροτέρευση του δείκτη καθώς από το 2008,2009 και μετά σημειώνεται μεγάλη αύξηση, σε αντίθεση με τη βελτιωτική τάση της Ισπανίας.

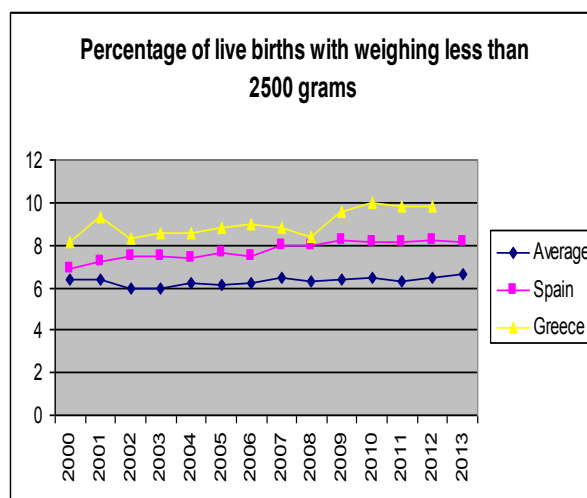


**Γράφημα 16.** Τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας (ανά 100.000 κατοίκους), επίθεση, συνολικός πληθυσμός (Πηγή: Επεξεργασμένα δεδομένα από ECHI-Heidi Data tool).

Ιδιαίτερο προβληματισμό πρέπει να εγείρει η χειροτέρευση του δείκτη «ποσοστό γεννήσεων ζώντων νεογνών με βάρος μικρότερο από 2500 γραμμάρια» και στις δύο χώρες (Γράφημα 18), καθώς αποτελεί σημαντικό δείκτη υγείας, εξαιτίας της στενής σύνδεσης του βάρους του βρέφους και της θνησιμότητάς του και εκφράζεται σαν ποσοστό επί των συνολικών γεννήσεων.



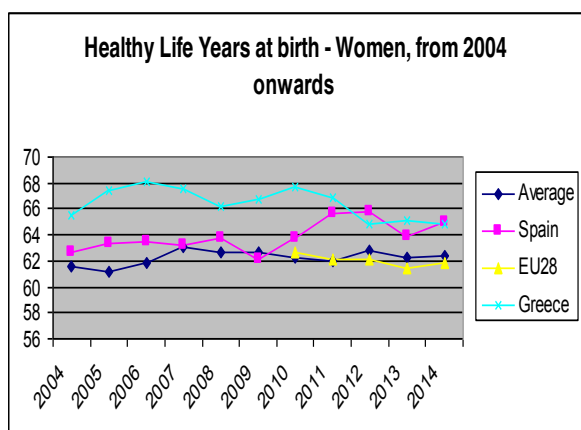
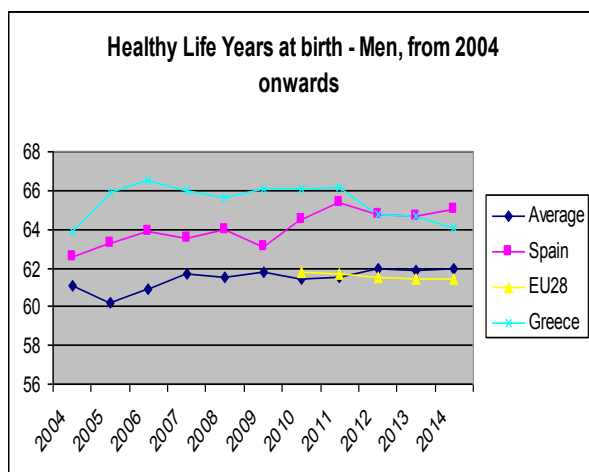
**Γράφημα 17.** Τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας (ανά 100.000 κατοίκους), αυτοκτονία και εκ προθέσεως αυτοτραυματισμός, συνολικός πληθυσμός (Πηγή: Επεξεργασμένα δεδομένα από ECHI-Heidi Data tool).



**Γράφημα 18.** Ποσοστό γεννήσεων ζώντων νεογνών με βάρος <2500 γραμμάρια (Πηγή: Επεξεργασμένα δεδομένα από ECHI-Heidi Data tool).



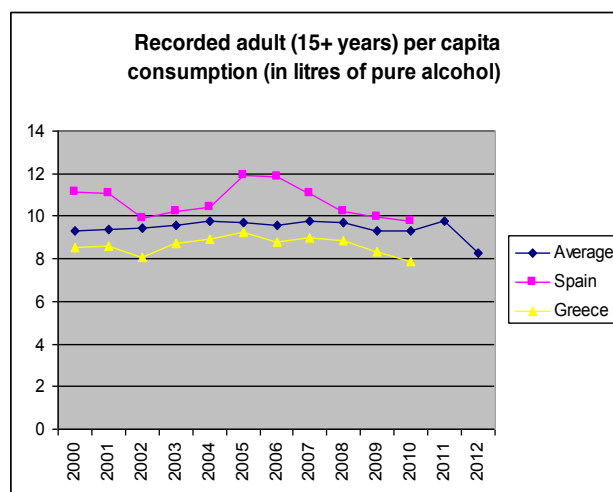
Παράγοντες κινδύνου για τις χαμηλού βάρους γεννήσεις αποτελούν το κάπνισμα, η κακή διατροφή, η κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η χαμηλή κοινωνικο-οικονομική γονική κατάσταση, αλλά και η αύξηση της ηλικίας τεκνοποίησης και η εξωσωματική γονιμοποίηση [8]. Ωστόσο αναφορές [14], συνδέουν την αύξηση λιποβαρών βρεφών, μετά το 2008, με την οικονομική κρίση που οδήγησε σε υψηλά ποσοστά ανεργίας και χαμηλότερα οικογενειακά εισοδήματα, με αποτέλεσμα την περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.



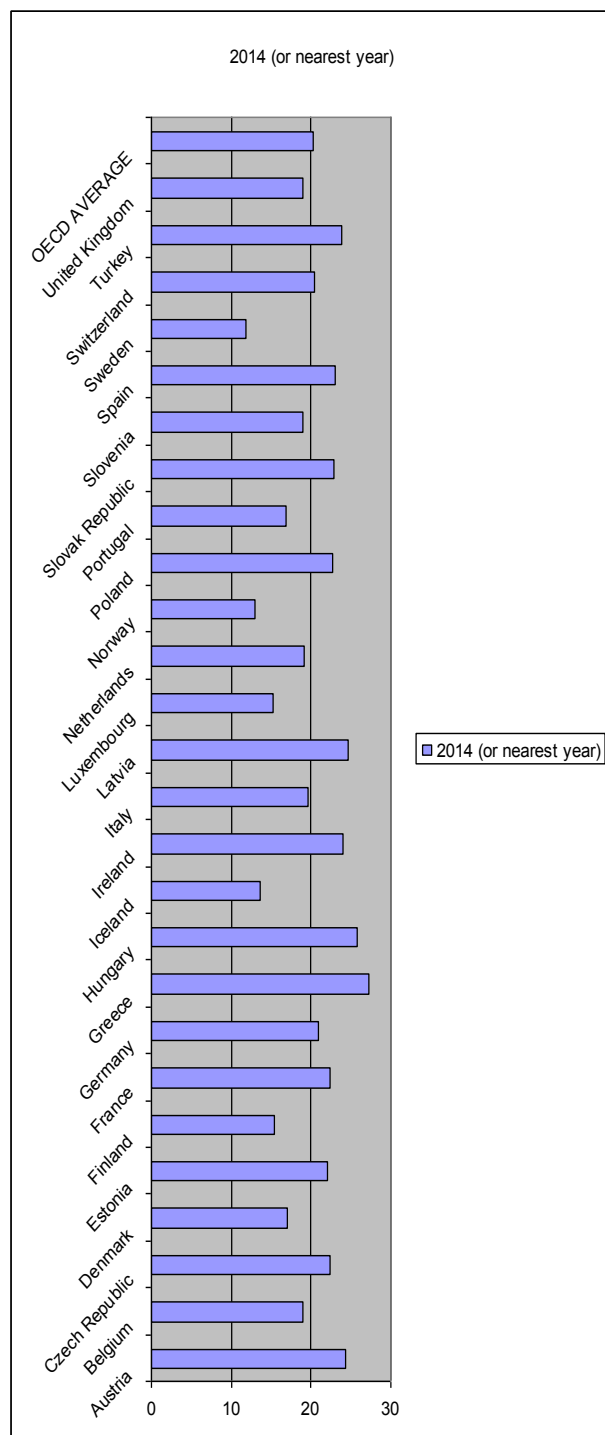
**Γραφήματα 19, 20.** Έτη υγιούς ζωής κατά τη γέννηση - Άνδρες & Γυναίκες (Πηγή: Επεξεργασμένα δεδομένα από ECHI-Heidi Data tool).

Τέλος, ο δείκτης «Έτη Υγιούς Ζωής (ΕΥΖ)» (Γραφήματα 19-20) μετρά τον αριθμό των υπολειπόμενων ετών που ένα άτομο μιας ορισμένης ηλικίας, μπορεί να ζήσει χωρίς αναπηρία. Ο δείκτης αυτός αποτελεί έναν καλό δείκτη για την παρακολούθηση της υγείας ως παράγοντα παραγωγικότητας και εισάγει την έννοια της ποιότητας ζωής [15]. Στην περίπτωση της Ελλάδας δεν φαίνεται να παρατηρείται σημαντική μεταβολή του δείκτη, σε αντίθεση με την Ισπανία όπου διαγράφεται σχετική βελτίωση.

Αναφορικά με τους λεγόμενους παράγοντες κινδύνου υγείας, μελετώνται και συγκρίνονται οι δείκτες «καταγεγραμμένη κατά κεφαλήν κατανάλωση ενηλίκων (15+ ετών) σε λίτρα καθαρής αλκοόλης» και «κατανάλωση καπνού, % του πληθυσμού άνω των 15ετών που καπνίζουν καθημερινά» μεταξύ της Ελλάδας-Ισπανίας-ΕΕ28 (γραφήματα 21, 22).



**Γράφημα 21.** Καταγεγραμμένη κατά κεφαλήν κατανάλωση ενηλίκων (15+ ετών) σε λίτρα καθαρής αλκοόλης. Σύγκριση Ελλάδα-Ισπανία-Ευρωπαϊκό μέσο όρο (Πηγή: Επεξεργασμένα δεδομένα από OECD Health Statistics 2016-Frequently Requested Data).



**Γράφημα 22.** Κατανάλωση καπνού, % του πληθυσμού άνω των 15ετών που καπνίζουν καθημερινά. (2014 ή πλησιέστερο έτος) (Πηγή: Επεξεργασμένα δεδομένα από OECD Health Statistics 2016- Frequently Requested Data).

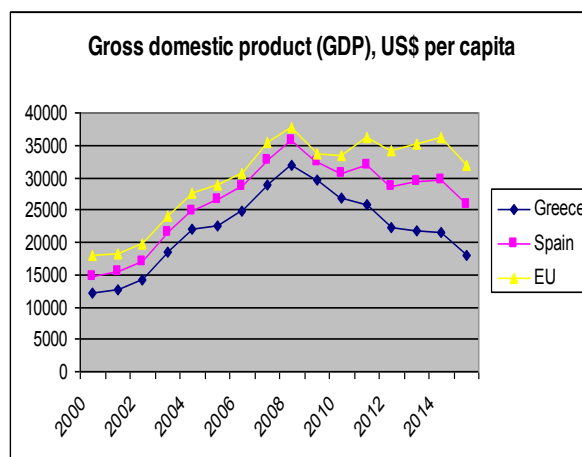
Η κατανάλωση αλκοόλ ορίζεται ως οι ετήσιες πωλήσεις καθαρής αλκοόλης σε λίτρα ανά άτομο ηλικίας 15 ετών και άνω. Η χρήση αλκοόλ σχετίζεται με πολυάριθμες επιβλαβείς κοινωνικές και ιατρικές συνέπειες, συμπεριλαμβανομένου του αυξημένου κινδύνου για μια σειρά τύπων καρκίνου, εγκεφαλικού επεισοδίου και ηπατική κίρρωση. Το αλκοόλ συμβάλλει επίσης στο θάνατο και την αναπηρία, που προκαλούνται λόγω οξείας μέθης [16]. Καθημερινοί καπνιστές ορίζεται ο πληθυσμός ηλικίας 15 ετών και άνω που αναφέρει καθημερινό κάπνισμα. Το κάπνισμα είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για ασθένειες του κυκλοφορικού, αναπνευστικού, ενώ αυξάνει τον κίνδυνο καρδιακής προσβολής, εγκεφαλικού επεισοδίου, καρκίνου του πνεύμονα, λάρυγγα και στόματος [17-18]. Η Ελλάδα κατέχει την πρώτη θέση σε σχέση με το δείκτη αυτό και βρίσκεται πάνω από το μέσο όρο (ΜΟ) του ΟΟΣΑ αλλά και απ' αυτόν της Ισπανίας, με την Ισπανία να βρίσκεται και εκείνη πάνω από το ΜΟ του ΟΟΣΑ.

#### ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΙΣΠΑΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Από την εξέταση των προαναφερθέντων δεικτών, η υγεία του ελληνικού πληθυσμού βρίσκεται σε γενικές γραμμές σε καλό επίπεδο συγκρινόμενο με τον Ευρωπαϊκό Μέσο όρο (Ε.Μ.Ο) ή την ΕΕ28. Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ελλάδα βρίσκεται πάνω από την ΕΕ28 και το 2014 ήταν 81,5 ενώ στην ΕΕ28 80,9. Τα προσδόκιμα υγιούς ζωής είναι πάνω από τον Ε.Μ.Ο και την ΕΕ28. Οι δείκτες που αφορούν

στις συνηθέστερες αιτίες θανάτου είναι κάτω ή κοντά στην ΕΕ28, με εξαίρεση τα ΑΕΕ και τα αναπνευστικά νοσήματα, που όμως βαίνουν μειούμενα. Η αύξηση γεννήσεων λιποβαρών βρεφών (μετά το 2008), θα πρέπει να προβληματίσει. Επίσης, θα πρέπει να προβληματίσει η αυξητική τάση της επίπτωσης του HIV, των αυτοκτονιών και των θανάτων από επιθέσεις. Η Ελλάδα κατέχει την υψηλότερη θέση σχετικά με το κάπνισμα μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ και θα πρέπει να συνεχισθούν και να ενταθούν οι προσπάθειες για την μείωση των καπνιστών. Τέλος, η γενική θνησιμότητα του ελληνικού πληθυσμού, είναι κοντά στην ΕΕ28, ενώ η βρεφική θνησιμότητα γενικά είναι μικρότερη από την ΕΕ28.

Όσον αφορά το επίπεδο υγείας του ισπανικού πληθυσμού, οι δείκτες επίπτωσης του HIV και η γέννηση λιποβαρών βρεφών επηρεάζονται από την κρίση, ενώ οι υπόλοιποι δείκτες παραμένουν ανεπηρέαστοι. Ειδικότερα, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ισπανία βρίσκεται πάνω από την ΕΕ28 και το 2014 ήταν 83,2 ενώ στην ΕΕ28 80,9. Οι δείκτες που αφορούν στις συνηθέστερες αιτίες θανάτου είναι κάτω ή κοντά στην ΕΕ28, με εξαίρεση το ποσοστό θνησιμότητας ανά 100.000 κατοίκους που οφείλεται σε AIDS/HIV και την επίπτωση του HIV, που όμως βαίνουν μειούμενα. Οι γεννήσεις λιποβαρών βρεφών παραμένουν σε σταθερή πορεία, οι οποίες όμως είναι περισσότερες σε σχέση με τον Ε.Μ.Ο και θα πρέπει να προβληματίσει. Επίσης, θα πρέπει να προβληματίσει η αυξητική τάση των αυτοκτονιών (από το 2011). Τέλος, η γενική θνησιμότητα του ισπανικού πληθυσμού καθώς επίσης και η

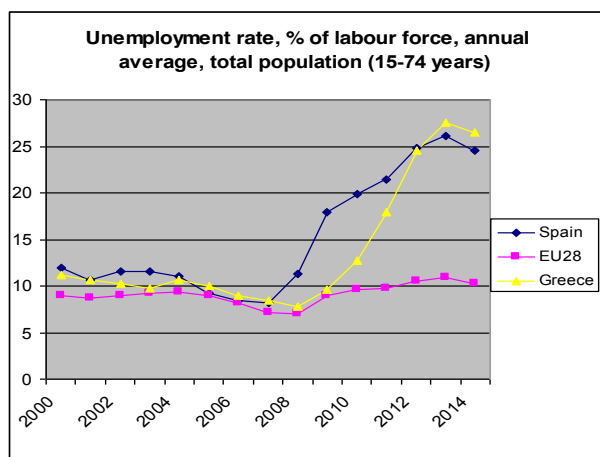


**Γράφημα 23.** Διαχρονική εξέλιξη του κατά κεφαλήν ΑΕΠ (Πηγή: Επεξεργασμένα δεδομένα από WHO Data).

βρεφική θνησιμότητα είναι χαμηλότερη από την ΕΕ28.

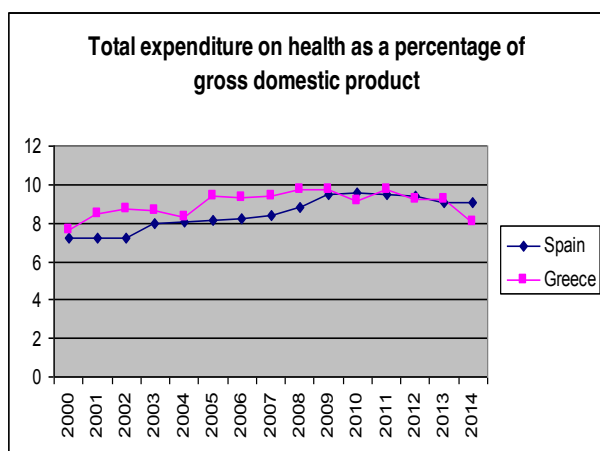
### ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΙΣΠΑΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Στο γράφημα-23 [13], παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη του κατά κεφαλήν ΑΕΠ. Από το 2008 και μετά παρατηρείται σημαντική μείωση για την Ελλάδα, την Ισπανία αλλά και την ΕΕ. Για την Ελλάδα ο δείκτης αυτός βρίσκεται πάνω από την Ισπανία και την ΕΕ και η μείωση είναι συνεχής και πολύ μεγαλύτερη, ενώ ο δείκτης για την Ισπανία βρίσκεται πάνω από την ΕΕ. Στο Γράφημα-24 [19], παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη της συνολικής ανεργίας. Από το 2008 και μετά παρατηρείται αύξηση για την Ελλάδα, Ισπανία και την ΕΕ. Στην Ελλάδα και Ισπανία η αύξηση της ανεργίας



**Γράφημα 24.** Διαχρονική εξέλιξη της συνολική ανεργίας (Πηγή: Επεξεργασμένα δεδομένα από WHO Data).

είναι σημαντικά μεγαλύτερη από την ΕΕ. Στην Ισπανία η ανεργία μέχρι το 2012 είναι μεγαλύτερη από την Ελλάδα, ενώ το 2013-2014 η ανεργία είναι μεγαλύτερη στην Ελλάδα. Στο Γράφημα-25 [18], παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη του δείκτη «Κατά κεφαλήν συνολική δαπάνη για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ».

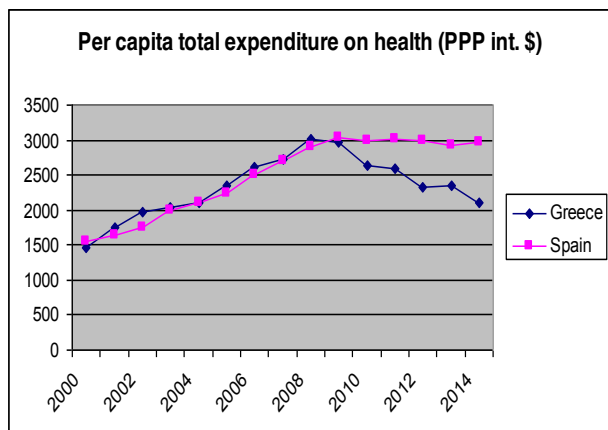


**Γράφημα 25.** Κατά κεφαλήν συνολική δαπάνη για την υγεία ως ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) (Πηγή: Επεξεργασμένα δεδομένα από WHO Data).

Ο δείκτης αυτός είναι ένας βασικός δείκτης των συστημάτων χρηματοδότησης της υγείας. Η συνολική δαπάνη για την υγεία μετρά την τελική κατανάλωση των αγαθών και των υπηρεσιών υγείας καθώς και των επενδύσεων κεφαλαίου σε υποδομές υγειονομικής περιθαλψης, περιλαμβάνοντας δαπάνες από δημόσιες και ιδιωτικές πηγές (συμπεριλαμβανομένων των νοικοκυριών) σε ιατρικά αγαθά και υπηρεσίες, σχετικά με τα προγράμματα δημόσιας υγείας και της πρόληψης.[19] Για την Ελλάδα, ο δείκτης μέχρι το 2008 βρισκόταν πάνω από την Ισπανία, από 2009 μέχρι το 2013 σχεδόν ταυτίζεται με την Ισπανία, ενώ το 2014 βρίσκεται κάτω απ' αυτήν. Από το 2008 και μέχρι το 2013 δεν υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση σε σχέση με το 2005,2006, 2007, ενώ η μείωση του 2014 είναι στο επίπεδο του 2004. Για την Ισπανία, στο διάστημα 2000-2011 σημειώνεται αύξηση, ενώ από το 2012 και μετά μικρή μείωση.

**Συμπέρασμα:** Δεν διαφαίνεται σημαντική διαφοροποίηση του δείκτη σε Ελλάδα και Ισπανία από το 2008 και μετά, σε σχέση με πριν.

Στο Γράφημα-26 [13], παρατηρείται ότι για την Ισπανία και την Ελλάδα, ο δείκτης «Κατά κεφαλήν συνολική δαπάνη για την υγεία σε ισοτιμία αγοραστικής δύναμης σε \$» από το 2000-2008 ακολουθεί αυξητική τάση και οι δύο δείκτες βρίσκονται αρκετά κοντά, με το δείκτη για την Ελλάδα να βρίσκεται σχεδόν σε όλο το διάστημα λίγο πιο πάνω από την Ισπανία. Για την Ισπανία, το 2009 ο δείκτης παρουσιάζει μια μικρή αύξηση σε σχέση με το 2008 και έκτοτε παρατηρείται μια σταθερότητα των τιμών του δείκτη, σε τιμές πάνω από αυτές της περιόδου πριν το 2008. Για την Ελλάδα, το 2009



**Γράφημα 26.** Κατά κεφαλήν συνολική δαπάνη για την υγεία σε ισοτιμία αγοραστικής δύναμης σε \$ (Πηγή: Επεξεργασμένα δεδομένα από WHO Data).

σημειώνεται μείωση του δείκτη και έκτοτε ακολουθεί μέχρι το 2014 έντονη φθίνουσα πορεία.

**Συμπέρασμα:** Ο δείκτης για την Ισπανία δεν διαφαίνεται να επηρεάζεται από την κρίση, ενώ για την Ελλάδα, διαφαίνεται ότι η κρίση έχει επηρεάσει έντονα τις τιμές του δείκτη.

Συμπερασματικά, στο διάστημα αναφοράς 2008-2014, η κρίση επέφερε σημαντική μείωση του κατά κεφαλήν ΑΕΠ και σημαντική αύξηση της ανεργίας σε Ελλάδα και Ισπανία, ωστόσο η κατά κεφαλήν συνολική δαπάνη για την υγεία ως ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος, στις δύο χώρες, δεν φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά. Η κατά κεφαλήν συνολική δαπάνη για την υγεία σε ισοτιμία αγοραστικής δύναμης σε \$, μειώνεται σημαντικά για την Ελλάδα μετά το 2008, ενώ δεν ισχύει αυτό για την Ισπανία.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τη συσχέτιση των κατά κεφαλήν συνολικών δαπανών για την υγεία, διαφαίνεται ότι η κατάσταση για τη συνολική δαπάνη στην υγεία είναι καλύτερη στην Ισπανία απ' ό,τι στην Ελλάδα. Η οικονομική ύφεση και οι δημοσιονομικές πολιτικές λιτότητας που υιοθετήθηκαν από τα κράτη προς αντιμετώπιση της, επέδρασε αρνητικά στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού [20]. Οι επιπτώσεις ήταν περισσότερο οδυνηρές για την Ελλάδα λόγω των δραστικών και πολύ μεγάλων αλλαγών που επεβλήθησαν, εγείροντας μάλιστα πολύ μεγάλη κριτική για το κατά πόσο ήταν ορθολογικός ο σχεδιασμός τους [21]. Η αρνητική επίδραση της ύφεσης έχει αποτυπωθεί σε αρκετούς δείκτες υγείας, από διάφορους μελετητές, ιδιαίτερα στα κράτη της Μεσογείου, που από ό,τι φαίνεται βιώνουν και τα πιο μεγάλα ζητήματα [20]. Ωστόσο, επιβάλλεται, η αποτίμηση της υγείας του πληθυσμού να συμπεριλάβει όλους εκείνους τους δείκτες που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας τους και να μην περιορίζεται μόνο στους προφανείς και πλέον χρησιμοποιούμενους. Τα εθνικά και διεθνή στατιστικά δεδομένα δεν ξεπερνούν το 2014, κάτι που δεν απεικονίζει την πιο πρόσφατη κατάσταση του επιπέδου υγείας των δύο χωρών. Εκτιμάται ότι τα δεδομένα είναι σχετικά λίγα για μια ασφαλέστερη εκτίμηση και τα αποτελέσματα της κρίσης θα φανούν, καλύτερα, σε μεγαλύτερο βάθος χρόνου. Η μείωση των κατά κεφαλή δαπανών για την υγεία καθώς και η παρατεταμένη ανεργία με τις αλυσιδωτές συνέπειές της σε όλο το φάσμα της υγείας, αναδεικνύονται σε μείζονα ζητήματα που απαιτούν άμεσο επανασχεδιασμό και πολύ προσεκτική

προετοιμασία, ώστε να υπάρξουν οι όσο το δυνατό λιγότερες επιπτώσεις στην υγεία. Όσον αφορά στην Ελλάδα, κρίνεται αναγκαία η σωστή κατανομή των ήδη περιορισμένων πόρων για τον υγειονομικό

τομέα με χρηματοδοτήσεις για την πρόληψη υγείας, την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και τη δημιουργία ενός οργανωμένου δικτύου κοινωνικής προστασίας. [22]

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. Συστήματα υγείας. Παπαζήση, Αθήνα, 2001: 31-58
2. Ιωαννίδη Ε, Λοπατατζίδης Α, Μαντή Π. Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και προκλήσεις. Τόμος Α', Υγεία: Οριοθετήσεις και Προοπτικές. ΕΑΠ, Πάτρα, 1999: 79-117
3. Πετρέλης Μ, Δομάγερ ΦΡ. Η «ΥΓΕΙΑ 2020» και η Ελλάδα. Η συμβολή του μαζικού προσυμπτωματικού ελέγχου. Το Βήμα του Ασκληπιού 2016, 15: 223-236
4. WHO. Spending on health: A global overview. Fact sheet N°319 April 2012. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs319/en/>
5. Fuchs V R. The Gross Domestic Product and Health Care Spending. N Engl J Med 2013, 369: 107-109
6. Ke X, Saksena P, Holly A. The Determinants of Health Expenditure : A Country-Level Panel Data Analysis. WHO, 2011. Available at: [http://www.who.int/health\\_financing/documents/report\\_en\\_11\\_deter-he.pdf](http://www.who.int/health_financing/documents/report_en_11_deter-he.pdf)
7. ECHI Data Tool. Public health Indicators. Available at: [https://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list\\_en](https://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list_en)
8. Δρόσου-Αγακίδου Β. Διαχρονικές τάσεις και αιτίες περιγεννητικής, νεογνικής και βρεφικής θνησιμότητας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2005, 22: 459-466
9. Χαλκιά Β, Βαρακλιώτη Α, Σαράφης Π, Μπαμίδης Π. Συγκριτική μελέτη της κατάστασης υγείας του ελληνικού πληθυσμού με την υγεία των 28 χωρών της Ευρώπης. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας 2015, 7:151-164
10. Gary K, Langche Z. Improving forecasts of state failure. World Politics 2001, 53: 623-658
11. ΕΛΣΤΑΤ. Στατιστικές. Θάνατοι (Αιτίες ICD-9) (2000 - 2014). Διαθέσιμο στο <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SPO12/>
12. ECHI Data Tool. Κύριες και χρόνιες ασθένειες/ Θνησιμότητα. Available at: [http://ec.europa.eu/health/major\\_chronic\\_diseases/mortality/index\\_el.htm](http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/mortality/index_el.htm)

13. WHO Data. European mortality database. Available at: <http://data.euro.who.int/hfamdb>.
14. Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D. Greece's health crisis: from austerity to denialism. *Health Policy* 2014, 383:748-753
15. ECHI Data Tool. Healthy Life Years (HLY). Available at: [http://ec.europa.eu/health/indicators/healthy\\_life\\_years/hly\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/indicators/healthy_life_years/hly_en.htm).
16. OECD Data. Alcohol consumption. Available at: <https://data.oecd.org/healthrisk/alcohol-consumption.htm#indicator-chart>.
17. OECD Data. Daily smokers. Available at: <https://data.oecd.org/healthrisk/daily-smokers.htm>.
18. WHO Data. Global Health Observatory data repository: Health expenditure ratios, by country, 1995-2014 Greece. Available at: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.HEALTHEXPRATIOGRC>.
19. OECD. Glossary of statistical terms: Total expenditure on health. Available at: <https://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=897>
20. Karanikolos M, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet* 2013, 381:323-31
21. 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, 115:111-119
22. Μαλλιάρου Μ, Σαράφης Π. Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα Συστήματα Υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 2012, 11:202-212

## *Analysis of the level of health and related indicators of Greece and Spain during the years before and after the economic crisis*

**S. Naoum, MD**

116 Combat Wing Health Service, Araxos, Greece

### ABSTRACT

The social and economic development of a country is based on the study of the health level of its population that is directly or indirectly affected by many factors associated with 'health indicators'. From the analysis of the health status of Greece and Spain before and after the economic crisis, the health level of the Greek population is generally good, and the health level of the Spanish population does not seem to be affected by the crisis. On the contrary, the economic crisis in Greece and Spain seems to affect indicators that concern: the incidence of HIV and the birth rate of live offspring weighing less than 2500 grams. In addition, indicators in Greece are also affected: deaths from attacks, suicides and deliberate self-injuries. Finally, the per capita total health expenditure is worse in Greece than in Spain. It is important to note that the national and international statistical data used and elaborated in this article do not exceed 2014, which does not reflect the most recent state of health of the two countries. It is estimated that the data is relatively small for a safer estimate and the effects of the crisis will be better for longer. However, it is estimated that the reduction in per capita health expenditures as well as protracted unemployment and its consequences are highlighted in important issues.



**Keywords:** determinant health factors, health indicators, per capita total health expenditure, health level of Greek and Spanish population



Citation

**S. Naoum. Analysis of the level of health and related indicators of Greece and Spain during the years before and after the economic crisis. Scientific Chronicles 2018; 23(1): 89-104**

Συγγραφέας επικοινωνίας

Συμεών Ναούμ, E-mail addresses: [naoumsimeon@gmail.com](mailto:naoumsimeon@gmail.com)