

ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Κυριάκος Σουλιώτης, Γιάννης Τούντας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αναγκαιότητα για μια συστηματική καταγραφή και αποτύπωση των δεδομένων που αφορούν στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού αλλά και τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, έχει απασχολήσει σε μεγάλο βαθμό τόσο την επιστημονική κοινότητα όσο και τη διοίκηση του συστήματος υγείας. Ωστόσο, παρά τις όποιες προσπάθειες συλλογής και επεξεργασίας των σχετικών δεδομένων, η απουσία ενός ενιαίου συστήματος καταγραφής σε πρωτογενές επίπεδο, καθιστά το έργο των ερευνητών ατελέσφορο.

Ως αποτέλεσμα, οι επίσημες καταγραφές αδυνατούν να προσεγγίσουν χρονικά αλλά και ποιοτικά την πραγματικότητα και, έτσι, η όποια παραγωγή εκθέσεων και μελετών για τα θέματα της υγείας και των υπηρεσιών υγείας, προκύπτει από τις μεμονωμένες πρωτοβουλίες πανεπιστημίων και ερευνητικών κέντρων. Βεβαίως, δεδομένης της αδυναμίας κάλυψης της συγκεκριμένης ανάγκης από τους επίσημους θεσμούς του κράτους, οι πρωτοβουλίες αυτές αναδεικνύονται ως εξαιρετικά χρήσιμες στην προσπάθεια άσκησης μιας πολιτικής υγείας βασισμένης σε τεκμήρια.

Στο άρθρο αυτό παρουσιάζονται συνοπτικά τα αποτελέσματα μιας τέτοιας πρωτοβουλίας του Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Συγκεκριμένα, πρόκειται για τις μελέτες: (Τούντας Γ. και συν.) *Η Υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού* και *Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα*, οι οποίες αποτελούν συνέχεια αντίστοιχων μελετών οι οποίες είχαν εκπονηθεί το 2000 και το 2001 αντίστοιχα από το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας για λογαριασμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και αφορούσαν την περίοδο 1986-1996.

ΣΥΝΟΨΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ: Η ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Η μελέτη¹ έχει ως αντικείμενο την **αξιολόγηση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού**, έτσι όπως αυτή καταγράφεται με βάση τους δημογραφικούς δείκτες, τους δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας, τους παράγοντες κινδύνου και την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία και που εκφράζει τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία.

Τα **βασικά συμπεράσματα** της μελέτης είναι τα εξής:

Όλο και πιο χαμηλή θέση όσον αφορά το **προσδόκιμο ζωής** καταλαμβάνει η Ελλάδα ανάμεσα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης: η χώρα μας κατατάσσονταν το 2004 στην 11η θέση (79,05 έτη) μεταξύ των χωρών της ΕΕ, το 2001 κατείχε την 7η θέση και το 1991 τη 2η (77,35 έτη). Το προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε στην Ελλάδα την περίοδο 1990-2004 μόνο κατά 1,7 χρόνια, όταν στις περισσότερες δυτικοευρωπαϊκές χώρες παρουσίασε διπλάσια αύξηση. Το δε κέρδος στο προσδόκιμο ζωής των ελλήνων οφείλεται κυρίως στη μείωση της σχετικά υψηλής βρεφικής θνησιμότητας και όχι στη βελτίωση του προσδόκιμου ζωής των ενηλίκων.

Στους ενήλικες η **θνησιμότητα από καρδιαγγειακά**, που αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου (48%), μειώνεται τα τελευταία χρόνια, αλλά με ρυθμούς βραδύτερους απ' ό,τι στις άλλες χώρες της ΕΕ. Σε ό,τι αφορά στους **καρκίνους**, που αποτελούν τη δεύτερη αιτία θανάτου (25%), η θνησιμότητα παραμένει σταθερή την τελευταία 20ετία, ενώ στην ΕΕ μειώνεται συνεχώς.

Οι αρνητικές αυτές διαπιστώσεις οφείλονται κυρίως στην ανεξέλεγκτη δράση των βασικών παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα και νεοπλάσματα, λόγω της απουσίας οποιασδήποτε οργανωμένης προσπάθειας πρόληψης στη χώρα μας. Οι κάτοικοι της Ελλάδας καπνίζουν υπερβολικά, είναι υπερτασικοί, έχουν αυξημένο σωματικό βάρος, δεν ασκούνται και δεν κάνουν τις βασικές προληπτικές εξετάσεις.

¹ Η μελέτη εκπονήθηκε από ομάδα αποτελούμενη από τον ιατρό Φίλιππο Φιλιππίδη, την γιατρό Ευανθία Γκουβέρη, την ψυχολόγο Έρευνας Χριστίνα Δημητρακάκη και τους τελειόφοιτους φοιτητές Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών Ελένη Κούτρη και Βασίλη Λωσταράκο, με συντονιστή τον Αναπληρωτή Καθηγητή της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών Γιάννη Τούντα.

Η Ελλάδα κατέχει στο **κάπνισμα** μία από τις υψηλότερες θέσεις διεθνώς και 2^η στην ΕΕ μετά την Κύπρο. Το 40% των ενηλίκων Ελλήνων είναι καπνιστές(49,9% των ανδρών και το 30,8% των γυναικών), με αυξητικές τάσεις και στα δύο φύλα τα τελευταία χρόνια. Το 24,6% των μαθητών ηλικίας 14-17 ετών καπνίζει καθημερινά, ενώ στάσιμα παραμένουν την τελευταία 5ετία τα ποσοστά των νέων 18-34 ετών που καπνίζουν. Συνολικά, πάνω από 20.000 Έλληνες πεθαίνουν κάθε χρόνο εξαιτίας του καπνίσματος.

Το ποσοστό του πληθυσμού με **αυξημένο σωματικό βάρος** ανέρχεται στα 57,7%, γεγονός που μας κατατάσσει στη 2η χειρότερη θέση μετά το Ηνωμένο Βασίλειο, μεταξύ των χωρών της Ε.Ε. των 15. Σε ό,τι αφορά τη σωματική άσκηση το 34,5% των ανδρών και το 44,7% των γυναικών στον ενήλικο πληθυσμό, δηλώνει σωματικά αδρανή.

Επιπλέον, από τη μελέτη προκύπτει ότι:

- Τα τελευταία 10 χρόνια (1996-2006) ο συνολικός πληθυσμός της χώρας αυξήθηκε κατά 4,2%, κυρίως λόγω της μετανάστευσης.
- Η ηλικιακή ομάδα άνω των 65 ετών αυξήθηκε από 13,3% στο σύνολο του πληθυσμού το 1983, σε 18,5% το 2006, με αποτέλεσμα την περαιτέρω δημογραφική γήρανση του πληθυσμού.
- Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση διαμορφώθηκε, το 2004, στα 76,67 έτη για τους άντρες και στα 81,46 έτη για τις γυναίκες, εμφανίζοντας μικρή αυξητική τάση, κυρίως λόγω της μείωσης της περιγεννητικής και βρεφικής θνησιμότητας.
- Η εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας απ' όλες τις αιτίες παρουσιάζει μείωση, αλλά η μείωση αυτή είναι βραδύτερη απ' ότι στην ΕΕ με αποτέλεσμα, ενώ το 1996 είχαμε καλύτερους δείκτες γενικής θνησιμότητας, το 2004 έχουμε χειρότερους. Η θνησιμότητα στις κρίσιμες ηλικίες 45-59 ετών παραμένει αμετάβλητη.
- Οι κύριες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα είναι τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος (48%), τα κακοήγη νεοπλάσματα (25%), τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος (7%) και τα ατυχήματα (5%).

- Τα ατυχήματα κατέχουν την πρώτη θέση στις ηλικίες μέχρι 44 ετών, οι κακοήθεις νεοπλασίες στις ηλικίες 45-59 ετών και τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος στις ηλικίες άνω των 60 ετών.
- Η θνησιμότητα από νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος εμφανίζει μείωση στην Ελλάδα, ο ρυθμός όμως μείωσης είναι βραδύτερος απ' ό τι στις άλλες χώρες της Ε.Ε., με αποτέλεσμα να υπερβαίνει αυτή της Ε.Ε.
- Από τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, τη συχνότερη αιτία θανάτου αποτελούν οι παθήσεις των εγκεφαλικών αγγείων και ακολουθεί η ισχαιμική καρδιοπάθεια, ενώ στις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε. η ισχαιμική καρδιοπάθεια είναι η πρώτη αιτία θανάτου.
- Η θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιακή νόσο στις κρίσιμες ηλικίες 45-59 ετών παρουσιάζει αύξηση, ενώ στην ΕΕ παρουσιάζει μείωση.
- Η θνησιμότητα από κακοήγη νεοπλάσματα στην Ελλάδα είναι μικρότερη από τον μέσο όρο της Ε.Ε. και παραμένει σταθερή την τελευταία 20ετία ενώ στην Ε.Ε. μειώνεται στο διάστημα αυτό.
- Η θνησιμότητα από κακοήγη νεοπλάσματα στους άντρες είναι σχεδόν διπλάσια απ' ό τι στις γυναίκες, λόγω της μεγάλης συχνότητας των νεοπλασμάτων του αναπνευστικού συστήματος εξ' αιτίας του καπνίσματος.
- Στις γυναίκες, τα νεοπλάσματα του μαστού αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου από νεοπλάσματα και ακολουθούν τα νεοπλάσματα του αναπνευστικού συστήματος.
- Η θνησιμότητα από κακοήγη νεοπλάσματα του αναπνευστικού συστήματος και της ουροδόχου κύστης είναι υψηλότερη από το μέσο όρο της Ε.Ε., ενώ στα υπόλοιπα νεοπλάσματα, η θνησιμότητα είναι χαμηλότερη. Σημειώνεται ότι και τα δυο αυτά νοσήματα σχετίζονται με το κάπνισμα.
- Η θνησιμότητα από ατυχήματα είναι πολύ μεγαλύτερη στους άντρες απ' ό τι στις γυναίκες και βρίσκεται άνω του μέσου όρου της Ε.Ε., παρά το γεγονός ότι ακολουθεί πτωτική τάση.
- Τα ατυχήματα αποτελούν την 1^η αιτία χαμένων χρόνων αναμενόμενης ζωής στους άντρες και την τρίτη στις γυναίκες.
- Οι άντρες υπερτερούν των γυναικών και στις 8 διαστάσεις της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία, ενώ, σε όλες τις διαστάσεις, υπάρχει μείωση με την αύξηση της ηλικίας.

- Οι Έλληνες εμφανίζουν χαμηλότερες τιμές στη διάσταση της γενικής υγείας και κυρίως στη διάσταση της ψυχικής υγείας σε σύγκριση με χώρες όπως η Γερμανία, η Ιταλία και το Ηνωμένο Βασίλειο και υπερτερούν στη διάσταση του σωματικού πόνου.
- Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία στους Έλληνες εφήβους υστερεί άλλων ευρωπαϊκών χωρών στις περισσότερες διαστάσεις, κυρίως στην ψυχική ευεξία και υπερτερεί μόνο στις διαστάσεις του σχολικού περιβάλλοντος και του κοινωνικού αποκλεισμού.
- Η υπέρταση ευθύνεται για το 25% του συνόλου των θανάτων, το κάπνισμα για το 19,3%, η υψηλή χοληστερόλη για το 11,6%, ο υψηλός Δείκτης Μάζας Σώματος για το 8,3%, η καθιστική ζωή για το 5% και η χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών για το 3,9%.
- Η διατροφή των Ελλήνων παρουσιάζει σημαντικές αποκλίσεις της τάξης του 50% από τις βασικές προδιαγραφές της Μεσογειακής Δίαιτας.
- Κατά την περίοδο 1997-2003, ο αριθμός των εξελθόντων από νοσοκομεία ασθενών αυξήθηκε τόσο συνολικά (20%) όσο και ανά κατηγορία νοσημάτων.
- Το 35% του ενήλικου ελληνικού πληθυσμού πάσχει από ένα χρόνια νόσημα. Προηγείται σε συχνότητα η υπέρταση και ακολουθούν η υπερχοληστερολαιμία, οι αρθρίτιδες, ο σακχαρώδης διαβήτης και οι αγχώδεις διαταραχές.
- Η περιγεννητική θνησιμότητα στην Ελλάδα ελαττώνεται σταθερά τα τελευταία 30 χρόνια. Το 2003 ήταν 6,26 ανά 1.000 γεννήσεις, ενώ ο μέσος όρος στην Ε.Ε. την ίδια χρονιά ήταν 6,54.
- Μεγαλύτερη μείωση παρουσιάζει ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας. Από 29,6‰ το 1970, έφτασε στο 4,06‰ το 2004, που είναι χαμηλότερος του μέσου όρου της Ε.Ε. (5,27‰).
- Σημαντικές κοινωνικές ανισότητες παρουσιάζουν οι δείκτες υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Τα χρόνια νοσήματα είναι πιο συχνά στις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις (36,9%) σε σύγκριση με τις ανώτερες (30,4%).
- Ανισότητες στην υγεία παρατηρούνται και κατά γεωγραφικές περιοχές, με την Αν. Μακεδονία και Θράκη, που έχει το χαμηλότερο κατά κεφαλήν ΑΕΠ, να παρουσιάζει τον υψηλότερο δείκτη γενικής θνησιμότητας (768,3 ανά 100.000 κατοίκους) και το υψηλότερο ποσοστό καρδιαγγειακών νοσημάτων.

ΣΥΝΟΨΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ: ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η μελέτη² παρουσιάζει την εξέλιξη των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα τη δεκαετία 1997-2006 και καλύπτει όλο το φάσμα των διαθέσιμων νοσοκομειακών και πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας (ΕΣΥ, Κοινωνική Ασφάλιση, Τοπική Αυτοδιοίκηση, Ιδιωτικό Τομέα).

Τα **βασικά συμπεράσματα** της μελέτης είναι τα εξής:

- Η σημερινή σύνθεση των κλινών των νοσοκομείων κατά νομική μορφή (ΝΠΙΔ 69%, Ιδιωτικά 28% και ΝΠΙΔ 3%), αντανακλά την ισχυρή παρουσία του ιδιωτικού τομέα και στον νοσοκομειακό τομέα.
- Τόσο οι κλίνες των δημόσιων νοσοκομείων όσο και αυτές των ιδιωτικών σημείωσαν κατά το διάστημα 1996-2004 μείωση (από 37.016 σε 35.808 και από 15.286 σε 14.515 αντίστοιχα), η οποία όμως «αντισταθμίστηκε» σε μεγάλο βαθμό από τη σημαντική αύξηση των κλινών στα ΝΠΙΔ (από 284 σε 1.548).
- Η πλειοψηφία των νοσοκομείων ανήκει στις κατηγορίες με 101-300 κλίνες (29,7% των νοσοκομείων) και με 41-100 κλίνες (29,1% των νοσοκομείων). Αντίθετα, οι διεθνείς τάσεις στρέφονται σε μεγάλα γενικά νοσοκομεία και μικρότερα εξειδικευμένα νοσοκομεία.
- Σημαντικές γεωγραφικές ανισότητες παρουσιάζει η κατανομή των κλινών στην επικράτεια. Η συντριπτική πλειοψηφία των νοσοκομειακών κλινών έχουν αναπτυχθεί στην περιφέρεια της πρωτεύουσας (43%) και τη Μακεδονία (23%). Η περιφέρεια της πρωτεύουσας εμφανίζει τον μεγαλύτερο δείκτη κλινών ανά 1.000 κατοίκους (6), ενώ ακολουθεί η Μακεδονία (5), με τον μέσο όρο στο σύνολο της χώρας να ανέρχεται σε 4,7 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους. Ο δείκτης λαμβάνει τις πιο χαμηλές του τιμές στην Στερεά Ελλάδα και Εύβοια (2,6) και την Πελοπόννησο (2,9), γεγονός το οποίο οι ερευνητές απέδωσαν εν

² Η μελέτη εκπονήθηκε από ομάδα αποτελούμενη από την ψυχολόγο έρευνας Χριστίνα Δημητρακάκη, τον ιατρό και υποψήφιο διδάκτορα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών Νικόλαο Οικονόμου, την ιατρό και υποψήφια διδάκτωρ της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών Γεωργία Παλληκαράνα και τον Λέκτορα του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου Κυριάκο Σουλιώτη, με συντονιστή τον Αναπληρωτή Καθηγητή Γιάννη της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών Τούντα.

μέρει στη γειτνίαση των εν λόγω περιφερειών με την περιφέρεια της πρωτεύουσας.

- Αντίστοιχες σημαντικές γεωγραφικές ανισότητες παρουσιάζει και η κατανομή των κλινών κατά ΠεΣΥΠ το 2003.
- Η Ελλάδα βρίσκεται στο μέσο περίπου της κατάταξης των χωρών του ΟΟΣΑ (12^η) με κριτήριο το δείκτη συνολικών νοσοκομειακών κλινών ανά 1.000 κατοίκους (4,7/1.000). Το χαμηλότερο δείκτη παρουσιάζει το Μεξικό (1,9) και τον υψηλότερο η Ιαπωνία (14,4). Ενδεικτικά, επίσης, αναφέρεται ότι στο Ηνωμένο Βασίλειο ο δείκτης ανέρχεται σε 4,2 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους, ενώ στη Γερμανία σε 8,9 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους. Οι κλίνες στη χώρα μας κρίνονται επαρκείς και στο άμεσο μέλλον υπερεπαρκείς, στο βαθμό που διεθνώς παρατηρείται μία συνεχής μείωση των αναγκών για νοσηλεία, καθώς και μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας.
- Η Ελλάδα το 2000 παρουσίαζε μία σχετικά χαμηλή μέση διάρκεια νοσηλείας (ΜΔΝ) 8,4 ημερών (18^η από τις 26 χώρες της σχετικής κατάταξης του ΟΟΣΑ). Ενώ όμως τα μεγάλα ιδιωτικά θεραπευτήρια παρουσιάζουν ΜΔΝ 3,27 ημέρες, τα μεγάλα δημόσια νοσοκομεία έχουν υπερδιπλάσια ΜΔΝ, γεγονός που καταδεικνύει τις οργανωτικές και διοικητικές τους αδυναμίες.
- Η κάλυψη των νοσοκομειακών κλινών στο σύνολο της χώρας και σε όλα τα νοσοκομεία οξέων περιστατικών ανέρχεται σε 70%. Σημειώνεται ότι τα καρδιολογικά νοσοκομεία παρουσιάζουν απόλυτη κάλυψη κλινών (100%), ενώ, αντίθετα, τα οφθαλμολογικά μόλις 17%. Αξιοσημείωτο είναι το εύρημα αναφορικά με την κάλυψη κλινών στα Νησιά του Ιονίου η οποία ανέρχεται σε 100%, η οποία όμως συνδέεται και την περιορισμένη προσφορά. Στην πρωτεύουσα και τη Μακεδονία η κάλυψη είναι 70% και 71% αντίστοιχα, ενώ τη χαμηλότερη κάλυψη παρουσιάζουν τα νοσοκομεία της Λοιπής Στερεάς Ελλάδας και Ευβοίας (47%), περιφέρεια η οποία παρουσιάζει υψηλές διαπεριφερειακές ροές. Οι διαπιστώσεις αυτές υποδηλώνουν την ανάγκη επανασχεδιασμού και αναδιάρθρωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών της χώρας. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η εύρυθμη και αποδοτική λειτουργία ενός νοσοκομείου προϋποθέτει ποσοστά ετήσιας κάλυψης της τάξης του 80%.
- Όσον αφορά στην «υγειονομική αυτοδυναμία» των περιφερειών της χώρας, οι περιφέρειες της πρωτεύουσας, της Μακεδονίας και της Ηπείρου παρουσιάζουν σταθερά τα τελευταία χρόνια μια δυνατότητα συγκράτησης των

ασθενών εντός των ορίων τους, ενώ, αντίθετα, οι περιφέρειες της Λοιπής Στερεάς και Ευβοίας, της Πελοποννήσου και των Νήσων Αιγαίου, εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τις υπηρεσίες άλλων περιφερειών.

- Στο ανθρώπινο δυναμικό, η χώρα μας εξακολουθεί να εμφανίζει έναν δείκτη ιατρών ανά 1.000 κατοίκους ο οποίος υπερβαίνει σε μεγάλο βαθμό τον αντίστοιχο των νοσηλευτών (3,8 έναντι 2). Στον νοσοκομειακό τομέα η σχέση γιατρών ανά κλίνη είναι περίπου 1/2 και νοσηλευτών ανά κλίνη περίπου 1/1. Ο δείκτης επάρκειας ιατρών στα νοσοκομεία κρίνεται επαρκής, ενώ στο νοσηλευτικό προσωπικό ανεπαρκής.
- Σε ό,τι αφορά το ΕΣΥ, τόσο η κατανομή των ιατρών όσο και των νοσηλευτών παρουσιάζουν μεγάλη ανισοκατανομή ανά υγειονομική περιφέρεια.
- Σε σχέση με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, η μελέτη αναδεικνύει τη συνθετότητα του πλέγματος διανομής των φροντίδων το οποίο αποτελούν οι υπηρεσίες του ΕΣΥ, της Κοινωνικής Ασφάλισης, της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και του Ιδιωτικού Τομέα.
- Στην έκθεση αναφέρεται, μεταξύ άλλων, ότι το 75% των ερωτώμενων στην πρόσφατη έρευνα Hellas Health I προσφεύγει αθροιστικά σε ιδιώτες ιατρούς συμβεβλημένους (26%) ή μη με τα ταμεία τους (25,6%) και σε ιατρεία ασφαλιστικών ταμείων (24,5%) για την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης, γεγονός που υποδηλώνει τον κυρίαρχο ρόλο του ιδιωτικού τομέα στην ΠΦΥ παρά την ύπαρξη του ΕΣΥ, ακόμα και στις αγροτικές περιοχές όπου μόνο το 20% των κατοίκων προσφεύγει στα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία.
- Η ανώτερη κοινωνική τάξη προσφεύγει συχνότερα σε μη συμβεβλημένους ιδιώτες γιατρούς, ωστόσο, ακόμα και στην κατώτερη κοινωνική τάξη οι μη συμβεβλημένοι ιδιώτες γιατροί αποτελούν την πρώτη επιλογή (22,7%).
- Επιπλέον, 3 περίπου στους 10 Έλληνες δήλωσαν πως είχαν κάποια επαφή με επαγγελματία υγείας τον περασμένο μήνα. Μεγαλύτερο ποσοστό επαφών εμφανίζουν οι γυναίκες (33% έναντι 25,5% για τους άνδρες), οι κάτοικοι αστικών περιοχών (31,1% έναντι 25,1% των αγροτικών), και οι ηλικιωμένοι. Η κοινωνική τάξη επιδρά στα ποσοστά επαφών με επαγγελματίες υγείας κατ' έτος, με την ανώτερη τάξη να εμφανίζει ποσοστό 78,9% και την κατώτερη 64,3%.

- Ο προληπτικός έλεγχος (30,3%), η οξεία ενόχληση (24,6%) και η χρόνια ασθένεια (18,5%) αποτελούν τις κύριες αιτίες επαφής με επαγγελματίες υγείας. Στις χώρες της Δ. Ευρώπης, ο προληπτικός έλεγχος ως αιτία επαφής υπερβαίνει το 50%.
- Σε ό,τι αφορά την οδοντιατρική περίθαλψη μόνο 1 στους 2 έλληνες έχει επισκεφθεί τον οδοντίατρο το τελευταίο χρόνο.
- Το 20% των ιατρών των Κέντρων Υγείας του ΕΣΥ είναι γενικοί ιατροί, το 21,9% παθολόγοι και το 17,3% οδοντίατροι. Η συντριπτική πλειοψηφία του μη ιατρικού προσωπικού είναι νοσηλευτές (55%) και ακολουθούν οι μαιευτές (14%).
- Η στελέχωση των ΚΥ είναι ελλιπής. Η μέση κάλυψη των συστημένων θέσεων ιατρικού προσωπικού δεν ξεπερνά το 47% και για το υπόλοιπο προσωπικό το 54%. Οι μεγαλύτερες ελλείψεις με βάση τις προβλεπόμενες θέσεις αφορούν σε κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας και φυσιοθεραπευτές.
- Ανισότητες διαπιστώνονται και όσον αφορά την κάλυψη των θέσεων ιατρικού προσωπικού των Κέντρων Υγείας του ΕΣΥ όπου στην Αττική και την Κεντρική Μακεδονία το σχετικό ποσοστό αγγίζει το 74% και 71% αντίστοιχα, τη στιγμή που στην Πελοπόννησο και τα Ιόνια Νησιά δεν υπερβαίνει το 31%.
- Ανισότητες, αλλά με διαφορετική κατανομή, παρατηρούνται και στην κάλυψη των συστημένων θέσεων λοιπού προσωπικού.
- Μεγάλο τμήμα της ζήτησης για υπηρεσίες ΠΦΥ καλύπτουν οι δομές του ΙΚΑ, οι οποίες περιλαμβάνουν ένα σημαντικό φάσμα παροχών, στις οποίες απασχολούνται 8.077 ιατροί, ενώ ισχυρή παρουσία έχει και ο ιδιωτικός τομέας υγείας ο οποίος περιλαμβάνει 25.000 ιατρούς, 12.000 οδοντιάτρους και περισσότερα από 400 διαγνωστικά κέντρα.

ΕΠΙΜΕΤΡΟ

Από τις δύο έρευνες αναδεικνύονται τρεις αναγκαιότητες – άξονες της πολιτικής υγείας στη χώρα μας.

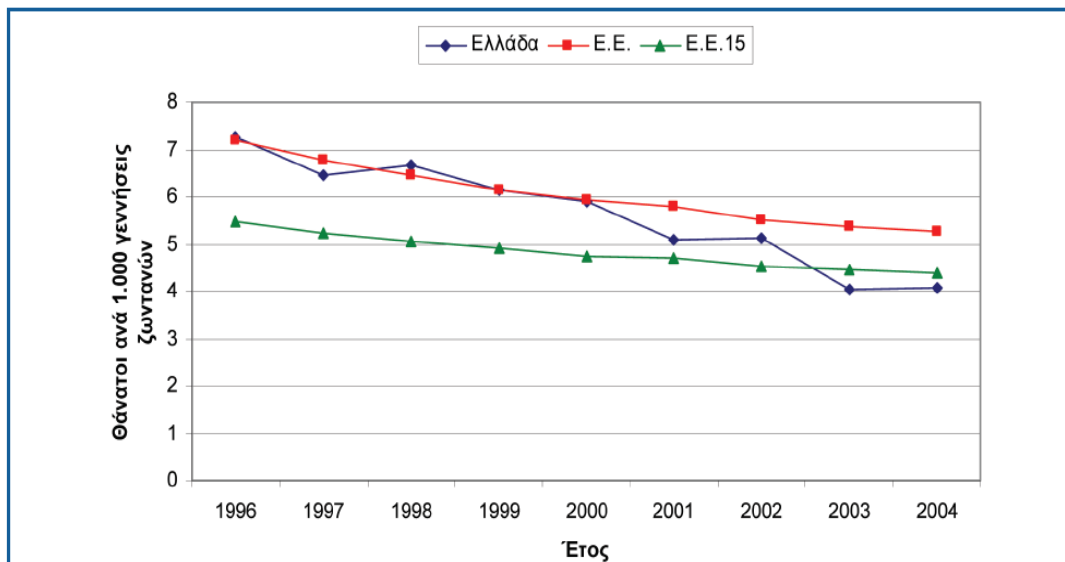
Κατ' αρχάς, οι συγκεκριμένες μελέτες σε μεγάλο βαθμό υποκαθιστούν το έργο των επίσημων πηγών, οι οποίες δεν έχουν κατορθώσει να εξασφαλίσουν τη διαθεσιμότητα δεδομένων και δεικτών που θα προκύπτουν σε τακτική βάση και με σταθερή μεθοδολογία. Συνεπώς, είναι επιτακτική η ανάγκη για τη δημιουργία ενός ενιαίου συστήματος αποτύπωσης των δεδομένων και πληροφοριών που σχετίζονται με την υγεία και τις υγειονομικές υπηρεσίες, τόσο στο πλαίσιο του εθνικού σχεδιασμού όσο και για διεθνείς συγκρίσεις.

Δεύτερον, η μελέτη για την υγεία του πληθυσμού καταδεικνύει μια σαφή «υποχώρηση» της χώρας μας σε πολλούς δείκτες του επιπέδου υγείας. Επιπλέον, αποτυπώνει την υιοθέτηση βλαπτικών προς την υγεία συμπεριφορών, απόρροια, σε μεγάλο βαθμό, της υιοθέτησης ενός νέου προτύπου ζωής από το οποίο φαίνεται να απουσιάζει η πρόληψη. Για το λόγο αυτό, η μελέτη οδηγεί στη «σύσταση» για ενδυνάμωση της πρόληψης και η αντιμετώπιση των μειζόνων παραγόντων κινδύνου για την υγεία του πληθυσμού της χώρας μας.

Τέλος, από την αποτύπωση των υποδομών και της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας προκύπτει με σαφήνεια ότι, παρά την απουσία συστηματικής έρευνας γύρω από τις υπηρεσίες υγείας (επάρκεια, χρηματοδότηση, ποιότητα παρεχομένων υπηρεσιών, αποδοτική χρήση των πόρων) είναι φανερό, σύμφωνα και με τις διαπιστώσεις της μελέτης, η ύπαρξη φαινομένων όπως το «παράδοξο» χρηματοδοτικό πλαίσιο, η αποσπασματική και αλληλοεπικαλυπτόμενη παροχή υπηρεσιών, ιδίως στην ΠΦΥ, οι ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό και υλικοτεχνική υποδομή, η ανεπαρκής διοικητική υποστήριξη των δημόσιων υπηρεσιών, η αδυναμία μηχανογράφησης του συστήματος και, τελικά, η διαμόρφωση ενός «υγειονομικού τοπίου» το οποίο παράγει αφ' ενός εκτεταμένες ανεπάρκειες, ανισοκατανομές και ανισότητες και αφ' ετέρου έντονη δυσανεμία τόσο στους λειτουργούς του όσο και στους χρήστες των υπηρεσιών. Για όλους αυτούς τους λόγους κρίνεται αναγκαία η χάραξη μίας εθνικής πολιτικής υγείας που θα οδηγήσει σε συνολικό επανασχεδιασμό και αναδιάρθρωση των υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας.

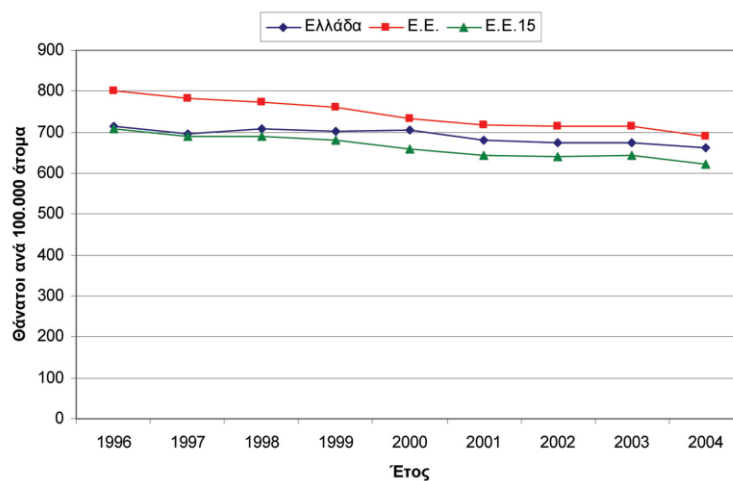
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΠΙΝΑΚΩΝ ΚΑΙ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Εξέλιξη της βρεφικής θνησιμότητας στην Ελλάδα και την Ε.Ε. (1996-2004)

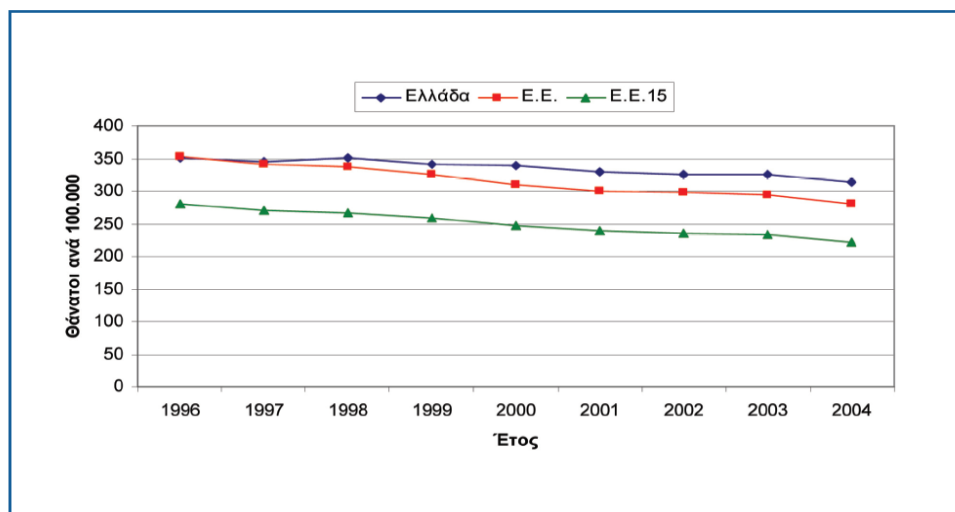


Πηγή: ΠΟΥ (2007)

Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας από όλες τις αιτίες στην Ελλάδα και την Ε.Ε. (1996-2004)

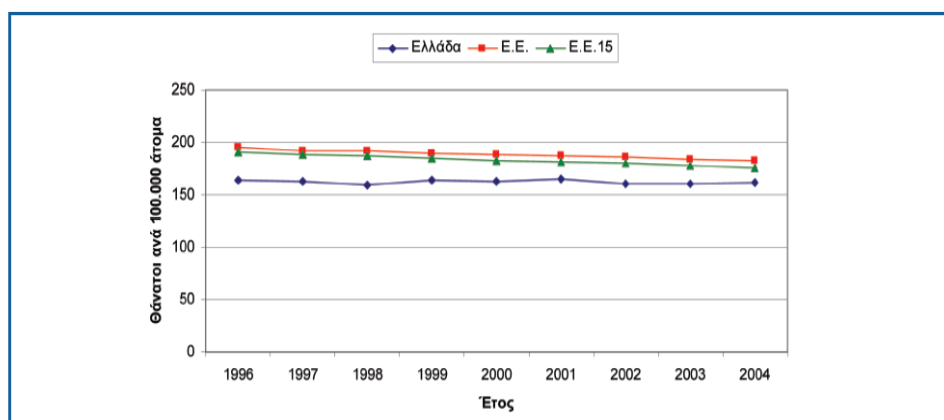


Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας από νοσήματα του κυκλοφορικού στην Ελλάδα και την Ε.Ε. (1996-2004)



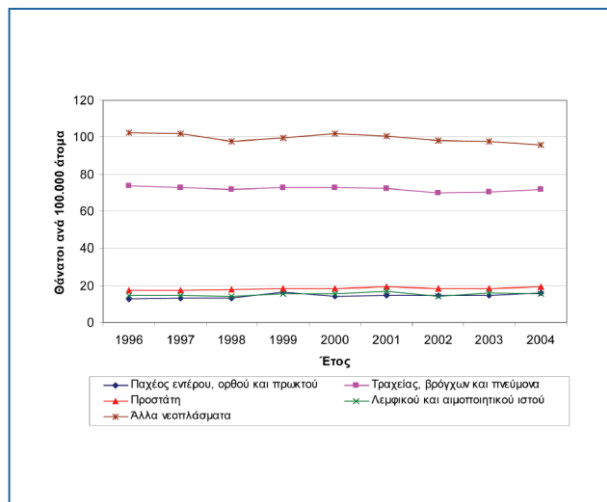
Πηγή: ΠΟΥ, Ίδιοι υπολογισμοί (2007)

Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας από κακοήγη νεοπλάσματα στην Ελλάδα και την Ε.Ε. (1996-2004)



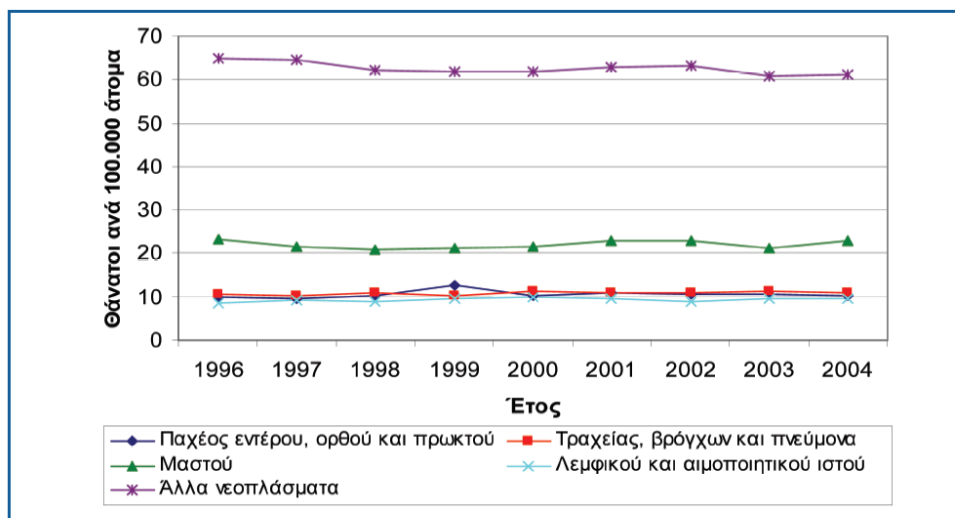
Πηγή: ΠΟΥ, Ίδιοι υπολογισμοί (2007)

Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας από τα κύρια κακοήθη νεοπλασμάτα στους άνδρες, στην Ελλάδα (1996-2004)



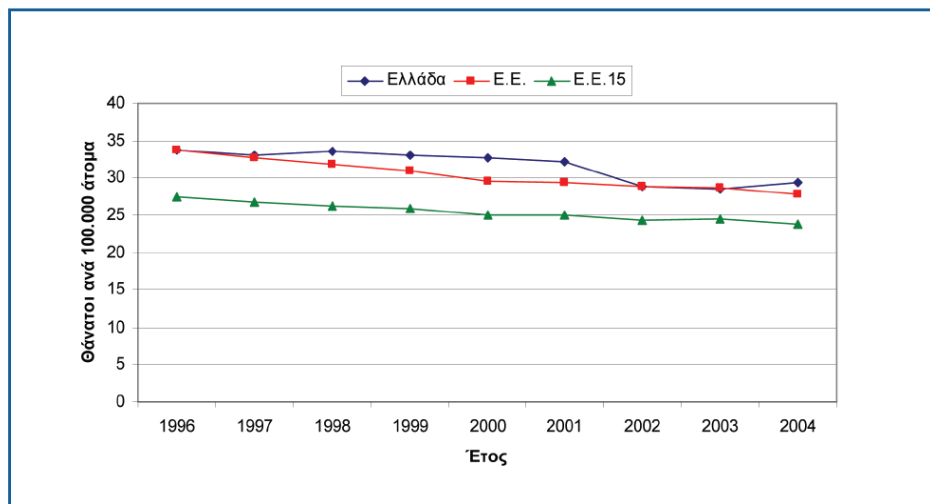
Πηγή: ΠΟΥ, ίδιοι υπολογισμοί (2007)

Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας από τα κύρια κακοήθη νεοπλασμάτα στις γυναίκες, στην Ελλάδα (1996-2004)



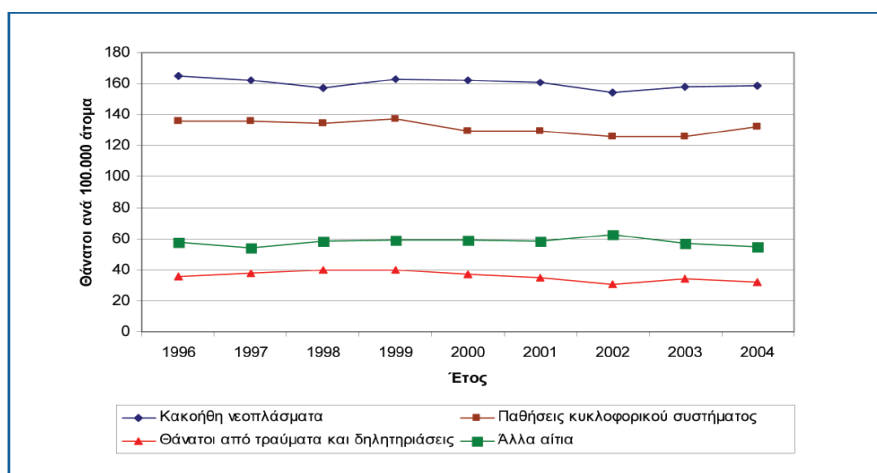
Πηγή: ΠΟΥ, ίδιοι υπολογισμοί (2007)

Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας από ατυχήματα, στην Ελλάδα και την Ε.Ε. (1996-2004)



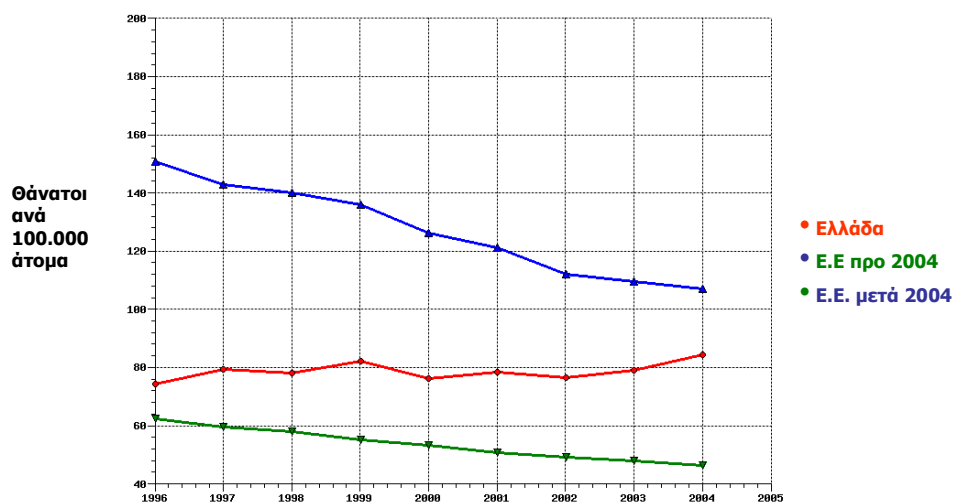
Πηγή: ΠΟΥ, ίδιοι υπολογισμοί (2007)

Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας στην ηλικιακή ομάδα 45-59 ετών, κατά αιτία θανάτου, στην Ελλάδα (1996-2004)



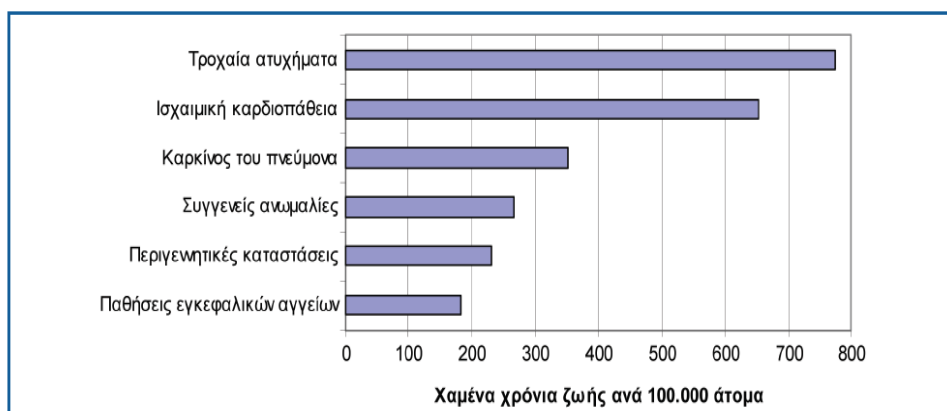
Πηγή: ΠΟΥ, ίδιοι υπολογισμοί (2007)

Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιακή νόσο σε άτομα 45-59 ετών στην Ελλάδα και στην Ευρώπη (1996-2004)



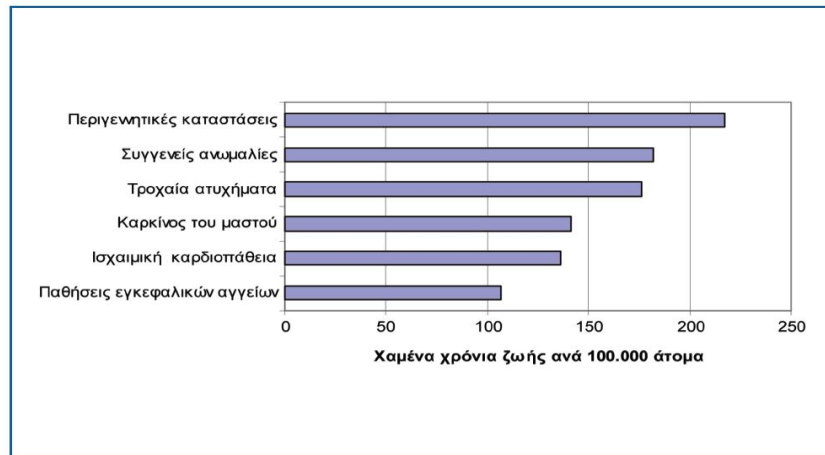
WHO, 2005

Σημαντικότερες αιτίες χαμένων χρόνων αναμενόμενης ζωής στον ανδρικό πληθυσμό της Ελλάδας, ανά 100.000 άτομα του ίδιου φύλου (2003)



Πηγή: ΟΟΣΑ, Ίδιοι υπολογισμοί (2007)

Σημαντικότερες αιτίες χαμένων χρόνων αναμενόμενης ζωής στον γυναικείο πληθυσμό της Ελλάδας, ανά 100.000 άτομα του ίδιου φύλου (2003)



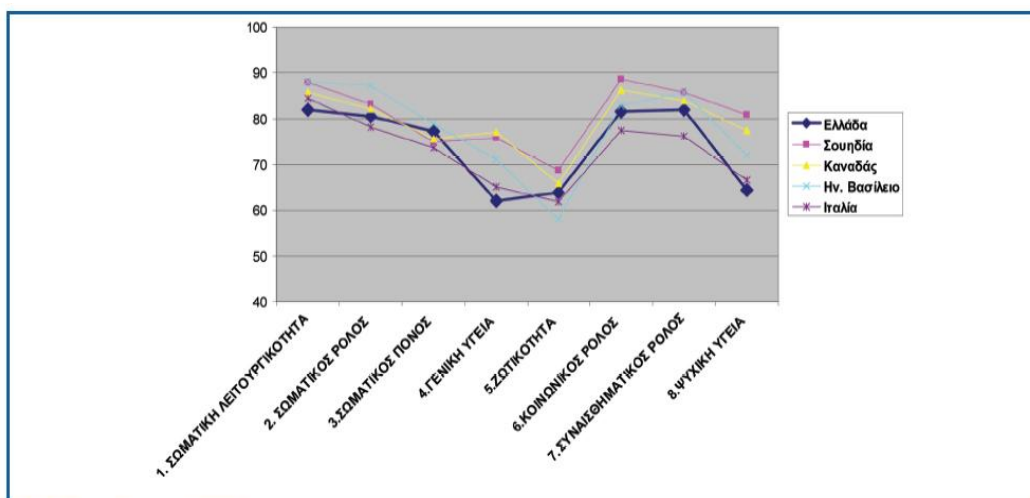
Πηγή: ΟΟΣΑ, ίδιοι υπολογισμοί (2007)

Ποσοστιαία κατανομή κύριων αιτίων θανάτου στην Ελλάδα, στις ηλικίες 5-14 ετών (2004)



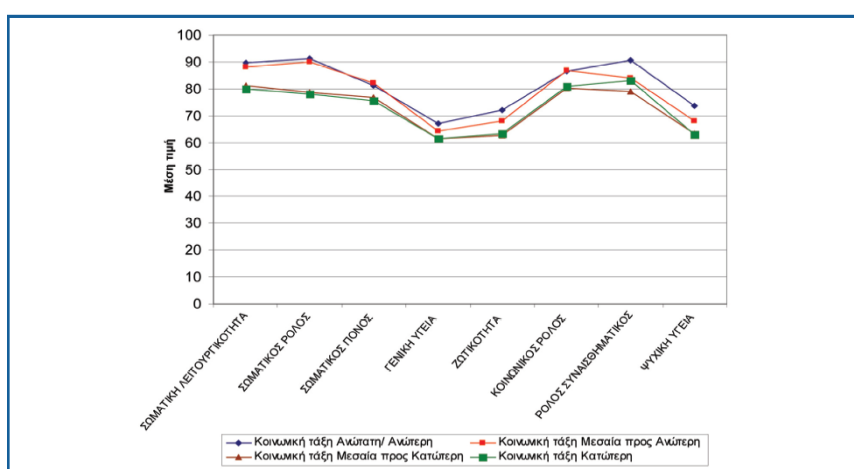
Πηγή: ΠΟΥ, ίδιοι υπολογισμοί (2007)

Ποιότητα Ζωής σχετιζόμενη με την Υγεία σε 5 χώρες



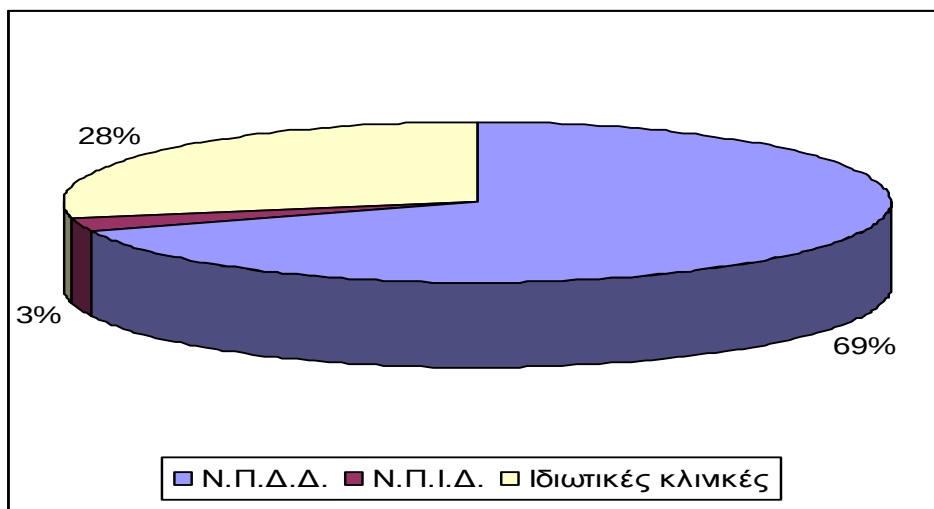
Πηγή: Ίδιοι υπολογισμοί, (2007)

Ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, κατά κοινωνικοοικονομική τάξη, στην Ελλάδα (2006)

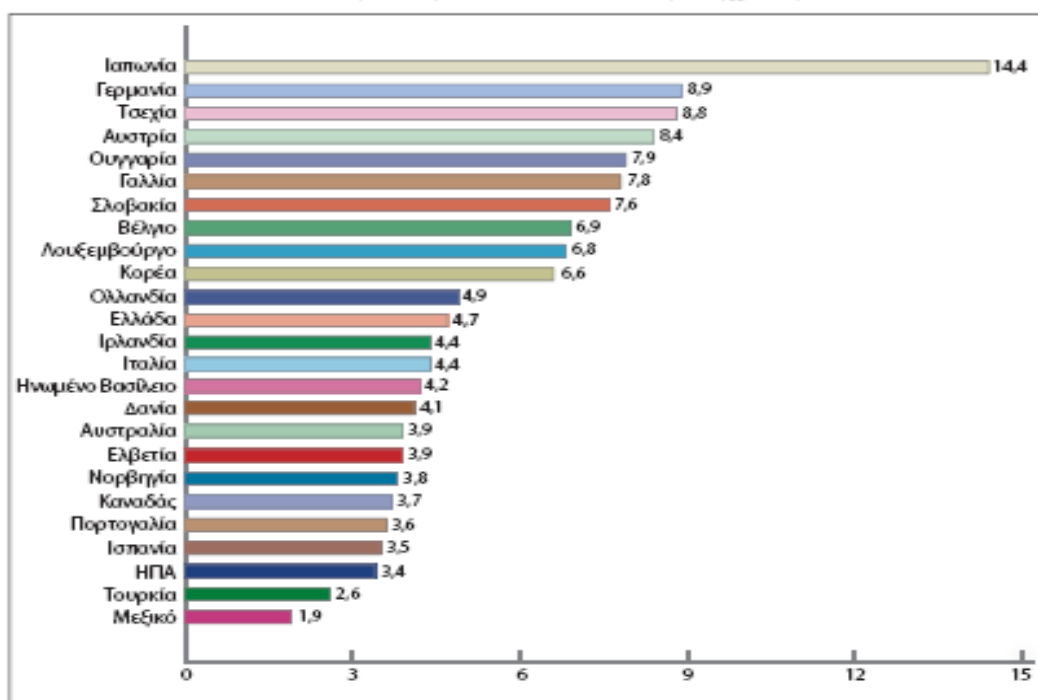


Πηγή: Hellas Health I (2006)

Κατανομή κλινών κατά νομική μορφή θεραπευτηρίου (2004)

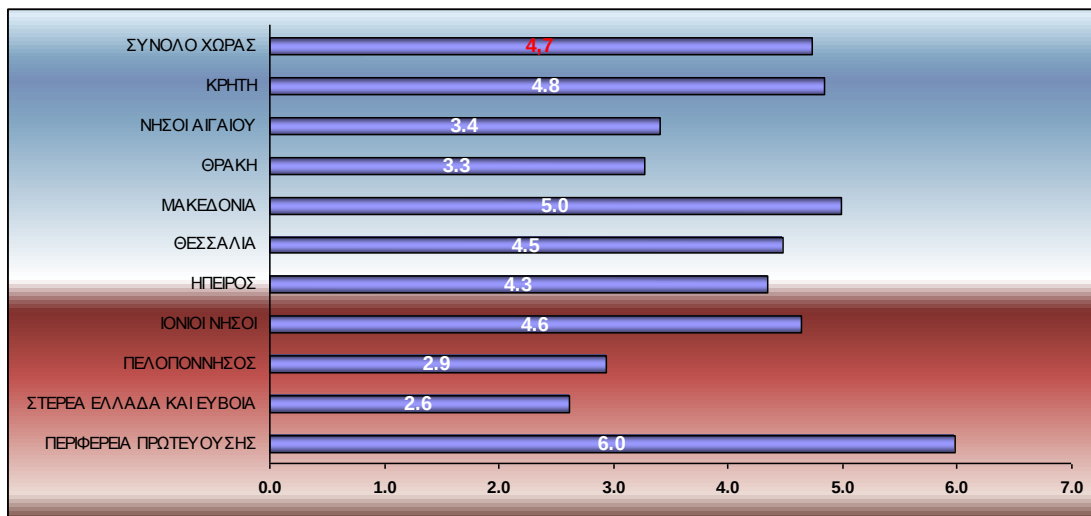


Νοσοκομειακές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ (2002)



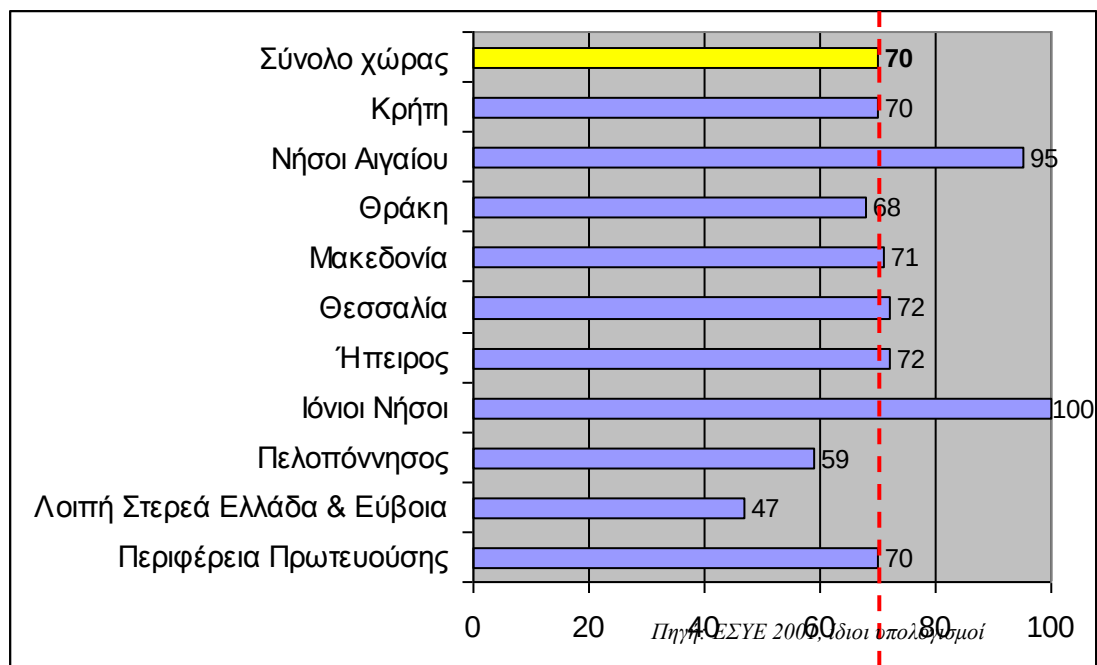
Πηγή: ΟΟΣΑ 2006, ίδιοι υπολογισμοί

Κλίνες ανά 1.000 κατοίκους (2004)



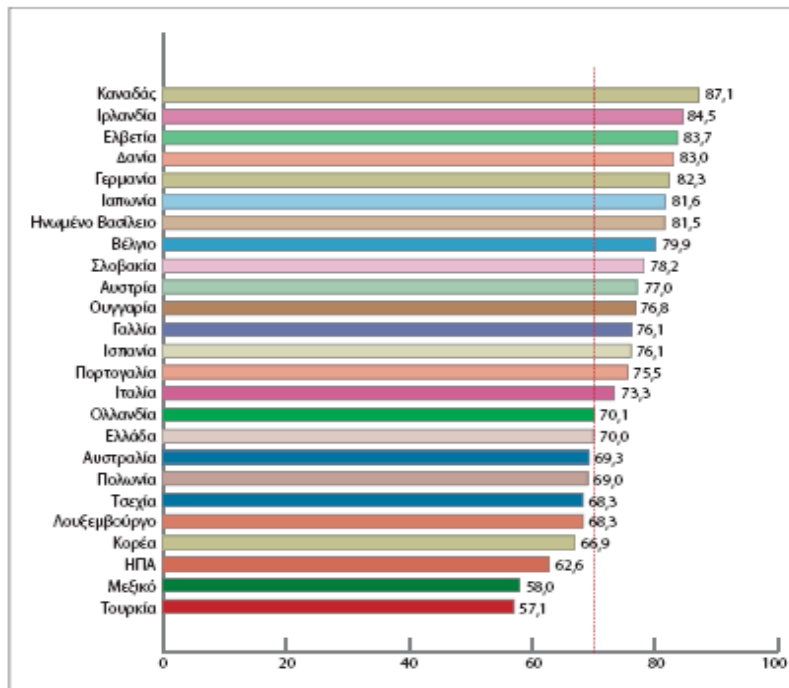
Πηγή: ΕΣΥΕ, 2004, ίδιοι υπολογισμοί

Εκατοστιαία κάλυψη κλινών (1998)



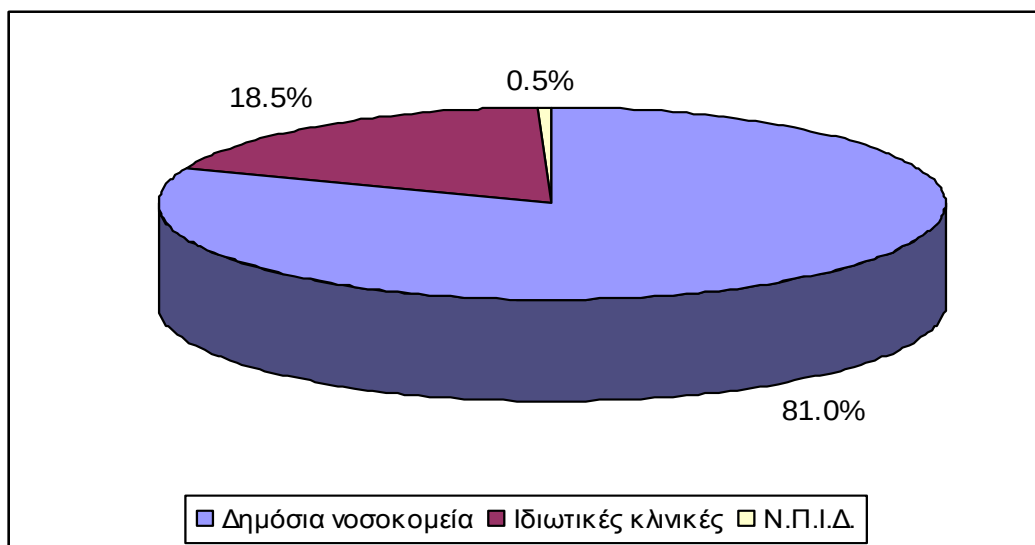
Πηγή: ΕΣΥΕ 2001, ίδιοι υπολογισμοί

Ποσοστό κάλυψης των κλινών οξέων περιστατικών (2002)



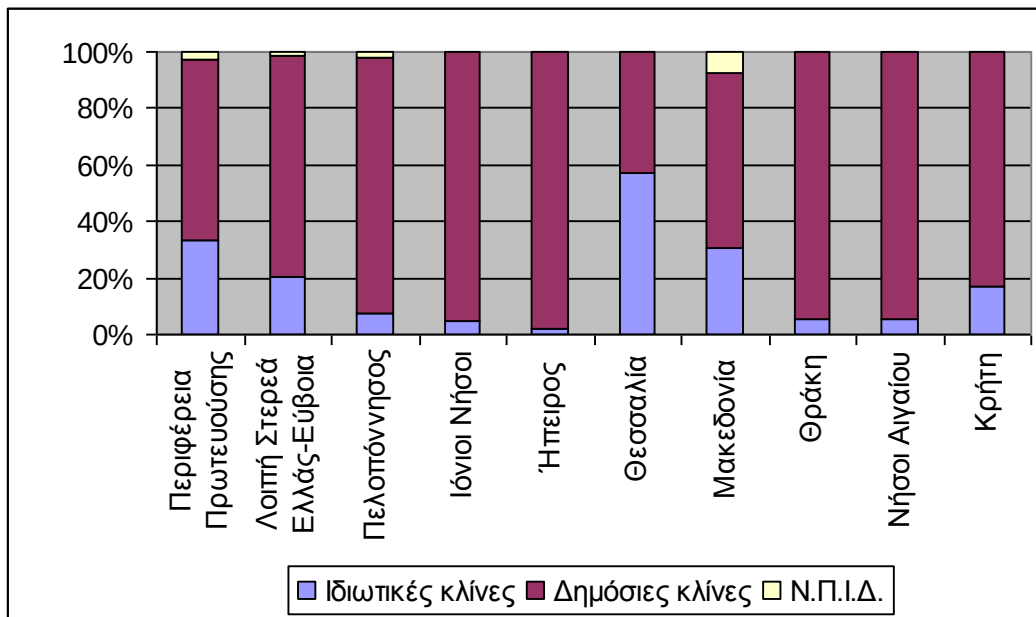
Πηγή: ΟΟΣΑ 2006, ίδιοι υπολογισμοί

Εξελθόντες κατά νομική μορφή θεραπευτηρίου (1998)



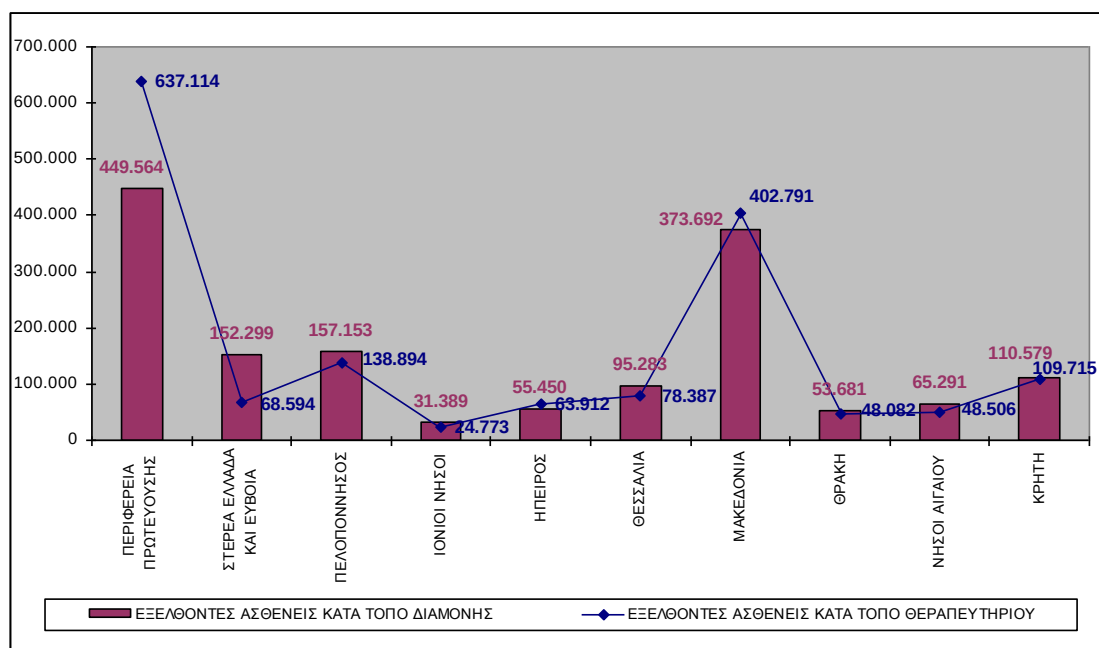
Πηγή: ΕΣΥΕ 2001, ίδιοι υπολογισμοί

Αναλογία (%) των ιδιωτικών κλινών στο σύνολο των κλινών ανά περιφέρεια (2004)



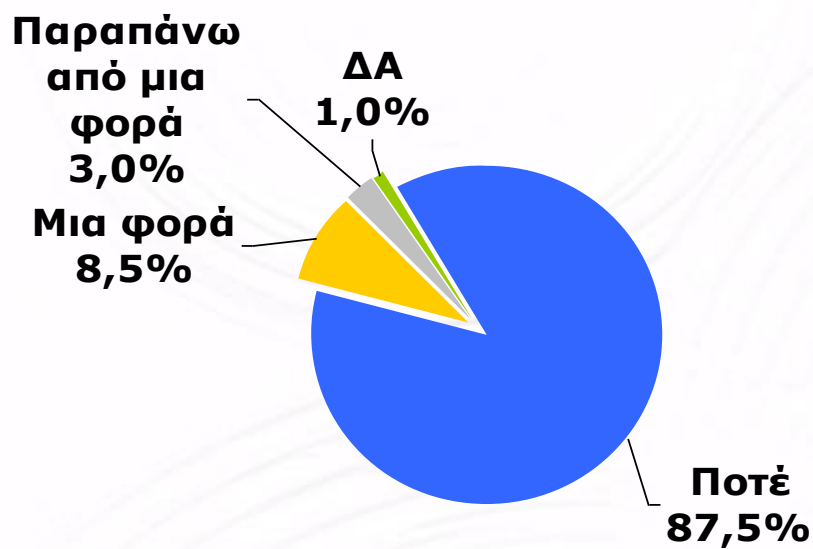
Πηγή: ΕΣΥΕ 2004, ίδιοι υπολογισμοί

Διαπεριφερειακές ροές ασθενών (2004)



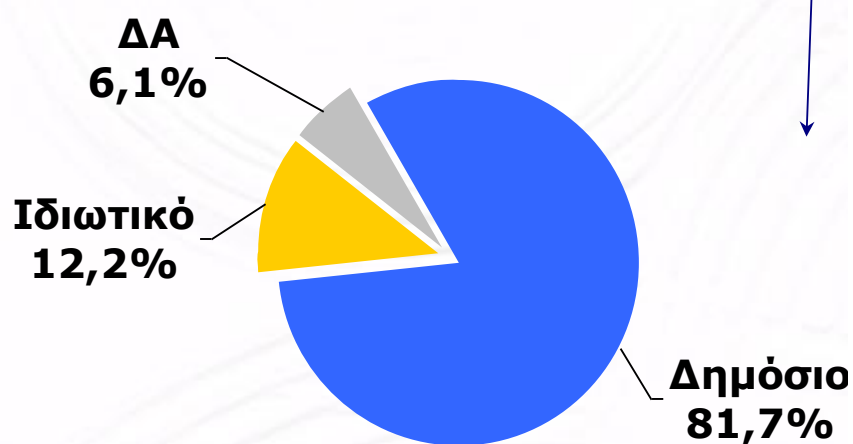
Πηγή: ΕΣΥΕ 2004, ίδιοι υπολογισμοί

Διανυκτέρευση σε νοσοκομείο στο έτος (2006)



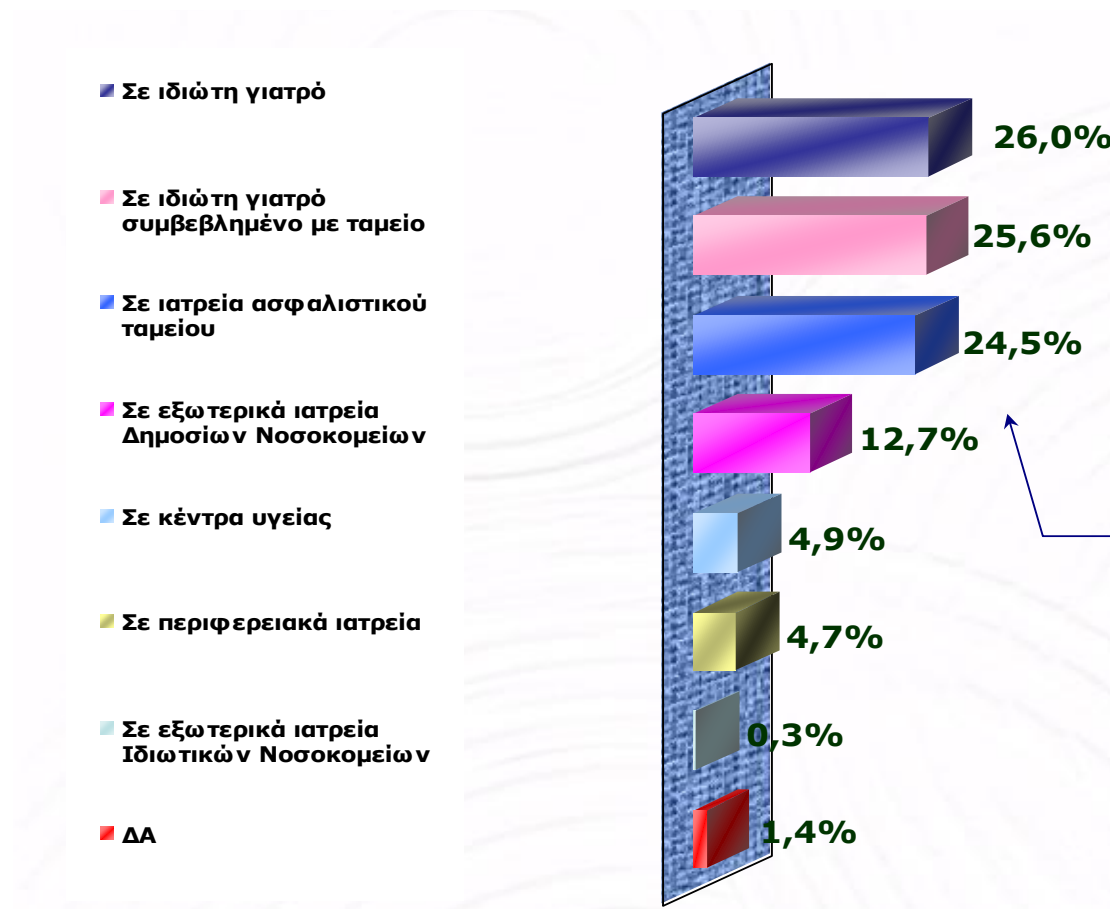
Πηγή: Ι.Κ.Π.Ι. 2006

Τύπος νοσοκομείου διανυκτέρευσης (2006)



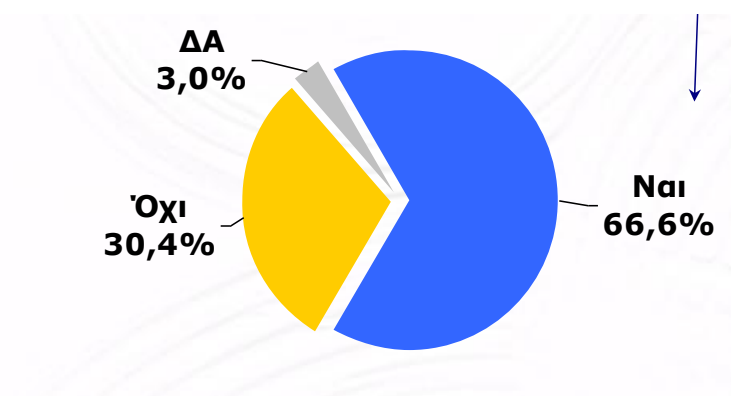
Πηγή: Ι.Κ.Π.Ι. 2006

Σημεία ιατρικής φροντίδας (2006)



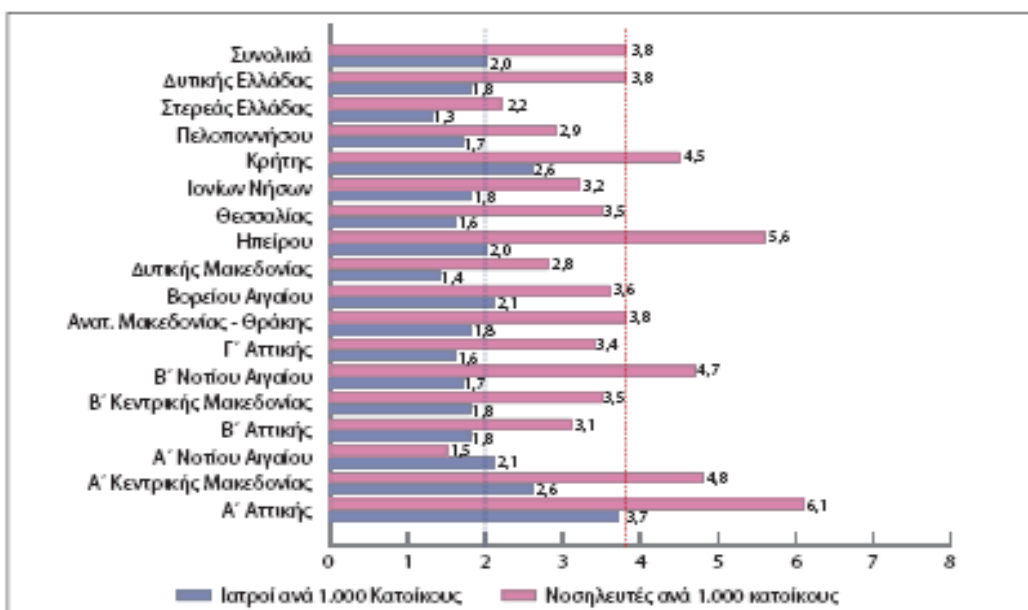
Πηγή: Ι.Κ.Π.Ι. 2006

Επαφή με γιατρό ή επαγγελματία υγείας στο έτος (2006)



Πηγή: Ι.Κ.Π.Ι. 2006

Ιατροί και νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους κατά περιφέρεια (ΠΕΣΥΠ) (2004)



Πηγή: Υ.Υ.Κ.Α. 2005, ίδιοι υπολογισμοί