

## Health at a Glance: OECD Indicators – 2005 Edition

Summary in Greek

### Η υγεία με μια ματιά: Δείκτες του ΟΟΣΑ - Έκδοση 2005

Περίληψη στα ελληνικά

#### Σύνοψη

Το μέγεθος και η σπουδαιότητα των συστημάτων υγείας αυξάνονται σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ. Η πρόοδος στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και η ανάπτυξη νέων φαρμάκων συνέβαλαν στη σταθερή βελτίωση της κατάστασης της υγείας στις χώρες του Οργανισμού κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Παράλληλα, οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης δεν υπήρξαν ποτέ τόσο υψηλές απορροφώντας αυξανόμενο μερίδιο του εθνικού εισοδήματος.

Φυσικά η υγειονομική περίθαλψη και οι συναφείς δαπάνες δεν είναι τα μοναδικά χαρακτηριστικά της υγείας. Ένα σημαντικό μέρος των στατιστικών στοιχείων υποδεικνύει ότι οι υφιστάμενοι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες και ο τρόπος ζωής διαδραματίζουν σημαντικότερο ρόλο στη διαμόρφωση της υγείας του πληθυσμού απ'ό,τι αυτή καθ'αυτή η παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Ο σχεδιασμός άρτιων προγραμμάτων για τη δημόσια υγεία πιθανόν να διευκολύνει την πρόληψη των ασθενειών και να αμβλύνει την οικονομική πίεση που ασκείται στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, οι κίνδυνοι για την υγεία μεταβάλλονται εξίσου. Για παράδειγμα, μολονότι πολλές χώρες του ΟΟΣΑ πέτυχαν αξιοσημείωτη μείωση του καπνίσματος κατά τις περασμένες δεκαετίες, τα ποσοστά παχυσαρκίας αυξήθηκαν σε όλες τις χώρες του Οργανισμού, λόγω των αλλαγών στις διατροφικές συνήθειες και του πιο καθιστικού τρόπου ζωής.

Η έκδοση του 2005 της έκθεσης *Η υγεία με μια ματιά: Δείκτες του ΟΟΣΑ* παρέχει μια συγκρίσιμη και ενημερωμένη συλλογή δεικτών που αφορούν διαφορετικές εκφάνσεις της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας. Επιπλέον, η έκδοση αυτή στηρίζεται στα *Δεδομένα για την υγεία του ΟΟΣΑ 2005*, μια περιεκτική βάση δεδομένων που περιλαμβάνει περισσότερες από 1.000 στατιστικές σειρές για την υγεία και τα συστήματα υγείας για όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ. Αυτή η τρίτη έκδοση της έκθεσης *Η υγεία με μια ματιά* δεν εστιάζεται μόνο στους πόρους και τις δραστηριότητες των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, αλλά επίσης συμπεριλαμβάνει έναν αυξανόμενο αριθμό

δεικτών που αφορούν την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών. Για παράδειγμα, στο κεφάλαιο για την κατάσταση της υγείας συμπεριλαμβάνονται περισσότερες πληροφορίες για την υγεία των παιδιών όπως στοιχεία για τη στοματική τους υγεία. Επίσης, στο κεφάλαιο για τους παράγοντες κινδύνου, δείκτες που αφορούν τη διατροφή προστέθηκαν στους δείκτες για το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ, το υπερβάλλον βάρος και την παχυσαρκία. Η ανοσοποίηση των ηλικιωμένων ατόμων έναντι της γρίππης συμπληρώνει τους παραδοσιακούς δείκτες για την ανοσοποίηση των παιδιών ως παραδείγματα των υπηρεσιών πρόληψης στον τομέα της υγείας που μπορούν να αποτρέψουν την κακή υγεία και τις συνεπαγόμενες ανάγκες περίθαλψης. Τέλος, οι δαπάνες υγείας αναλύονται με τέτοιο τρόπο ώστε να παρουσιάζουν τις δαπάνες που διατίθενται στα οργανωμένα προγράμματα για τη δημόσια υγεία στις διάφορες χώρες του ΟΟΣΑ.

Η έκδοση αυτή παρέχει εντυπωσιακά στοιχεία για τις μεγάλες αποκλίσεις που υπάρχουν μεταξύ των 30 χωρών μελών του ΟΟΣΑ αναφορικά με τους δείκτες για την κατάσταση της υγείας, τους κινδύνους για την υγεία, το κόστος, την κατανομή των πόρων και τα αποτελέσματα των συστημάτων υγείας. Η βασική στατιστική ταξινόμηση του πληθυσμού ανά φύλο και ηλικία που διενεργείται για ορισμένους δείκτες, δεν παρέχει, στις περισσότερες περιπτώσεις, λεπτομερή ανάλυση ανά (υποεθνική) περιφέρεια, κοινωνικοοικονομική ομάδα ή διαφορετική εθνοτική/ φυλετική ομάδα. Ο αναγνώστης θα πρέπει ως εκ τούτου να έχει υπόψη ότι πολλοί δείκτες που περιλαμβάνονται στην έκδοση αυτή εμφανίζουν μεγάλες αποκλίσεις τόσο στο εσωτερικό μιας χώρας όσο και μεταξύ των χωρών.

Τα ακόλουθα είναι μια περίληψη με τα κυριότερα ευρήματα της έκδοσης αυτής που σχετίζονται με την απόδοση των συστημάτων υγείας.

## **Η κατάσταση της υγείας έχει βελτιωθεί σημαντικά στις χώρες του ΟΟΣΑ**

- **Το προσδόκιμο ζωής στη γέννηση αυξήθηκε σημαντικά στις χώρες του ΟΟΣΑ κατά τις τελευταίες δεκαετίες**, χάρη στη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου, τη βελτίωση του τρόπου ζωής και την καλύτερη εκπαίδευση, καθώς και χάρη στην πρόοδο που επιτεύχθηκε όσον αφορά την πρόσβαση στην περίθαλψη και την αποτελεσματικότητα της ιατρικής. Κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ το προσδόκιμο ζωής στη γέννηση ανήρθε από τα 68,5 έτη το 1960 στα 77,8 το 2003. Το ίδιο έτος η Ιαπωνία είχε το υψηλότερο προσδόκιμο ζωής (81,8 χρόνια για το σύνολο του πληθυσμού) και ακολουθούσαν η Ισλανδία, η Ισπανία, η Ελβετία, η Αυστραλία και η Σουηδία (Γράφημα 1.1).
- Είναι δύσκολο να υπολογίσουμε τη σχετική συμβολή των πολυάριθμων μη ιατρικών και ιατρικών παραγόντων που ενδεχομένως να επηρεάζουν τις αποκλίσεις στο προσδόκιμο ζωής τόσο μεταξύ των χωρών όσο και διαχρονικά. **Το υψηλότερο εθνικό εισόδημα σχετίζεται εν γένει με το υψηλότερο προσδόκιμο ζωής στη γέννηση στις χώρες του ΟΟΣΑ**, μολονότι η σχέση αυτή είναι λιγότερο εμφανής στα πιο ψηλά επίπεδα εθνικού εισοδήματος. Υφίστανται επίσης αξιοσημείωτες διαφορές ως προς το προσδόκιμο ζωής μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ που έχουν παρεμφερές κατά κεφαλήν εισόδημα. Για παράδειγμα, στην Ιαπωνία και την Ισπανία το προσδόκιμο ζωής είναι υψηλότερο απ' αυτό που θα μπορούσε να προβλεφθεί υπολογίζοντας μόνο το κατά κεφαλήν ΑΕΠ,

ενώ στις Ηνωμένες Πολιτείες και την Ουγγαρία είναι χαμηλότερη απ' αυτό που προβλέπεται βάσει του εισοδήματος (Γράφημα 1.3).

- **Το προσδόκιμο ζωής στα 65 αυξήθηκε επίσης σημαντικά κατά τις τελευταίες δεκαετίες στις χώρες του ΟΟΣΑ.** Το 2003 το προσδόκιμο ζωής στα 65 έφτανε κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ τα 19,3 έτη για τις γυναίκες και τα 15,9 έτη για τους άνδρες, που μεταφράζεται σε αύξηση μεγαλύτερη από 3 χρόνια σε σύγκριση με το 1970 και για τα δύο φύλα. Όπως και για το προσδόκιμο ζωής στη γέννηση, το 2003 η Ιαπωνία ανέφερε το υψηλότερο προσδόκιμο ζωής στα 65 (Γράφημα 1.5). **Το προσδόκιμο ζωής στα 65 αναμένεται να συνεχίσει να αυξάνεται στο μέλλον.** Σύμφωνα με υπολογισμούς του ΟΟΣΑ, το προσδόκιμο ζωής στα 65 θα ανέλθει κατά μέσο όρο έως το 2040 στα 21,6 χρόνια για τις γυναίκες και τα 18,1 χρόνια για τους άνδρες στις χώρες του Οργανισμού.
- Όλες οι χώρες του ΟΟΣΑ έχουν σημειώσει **αξιοσημείωτη πρόοδο στη μείωση του ποσοστού βρεφικής θνησιμότητας** κατά τις τελευταίες δεκαετίες, χάρη στη συνολική βελτίωση των οικονομικών και των κοινωνικών συνθηκών, καθώς και χάρη στη βελτίωση των υπηρεσιών μεταγεννητικής φροντίδας και την αύξηση της πρόσβασης στην παιδική ανοσοποίηση. Στην Πορτογαλία, η οποία ήταν η χώρα με το υψηλότερο ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας στην Ευρώπη, το ποσοστό μειώθηκε κατά περισσότερο από 90% από το 1970 και έπειτα, κατατάσσοντάς τη μεταξύ των χωρών με το χαμηλότερο ποσοστό το 2003. Μεγάλη μείωση του ποσοστού βρεφικής θνησιμότητας πέτυχαν επίσης το Μεξικό, η Τουρκία και μερικές άλλες χώρες της Νότιας Ευρώπης, όπως η Ιταλία, η Ισπανία και η Ελλάδα. Το 2003 η Ισλανδία, η Ιαπωνία και ορισμένες Σκανδιναβικές χώρες κατέγραψαν τα χαμηλότερα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ (Γράφημα 1.20).

### **Αυξάνεται το κόστος της υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ**

- Εκτός από την εντυπωσιακή αύξηση του μέσου όρου ζωής κατά τις περασμένες δεκαετίες στις χώρες του ΟΟΣΑ, και το κόστος της υγείας επίσης αυξήθηκε διαχρονικά. Επιπλέον, στις περισσότερες χώρες ο ρυθμός αύξησης των δαπανών υγείας ήταν γρηγορότερος απ' αυτόν της συνολικής οικονομικής μεγέθυνσης. **Το 2003 οι χώρες του ΟΟΣΑ διέθεσαν κατά μέσο όρο 8,8% του ΑΕΠ τους στην υγεία, έναντι του 7,1% το 1990 και λίγο πάνω από το 5% το 1970.** Εντούτοις, το μερίδιο του ΑΕΠ που διατέθηκε στις δαπάνες υγείας ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των χωρών κυμαινόμενο από 15% στις Ηνωμένες Πολιτείες έως λιγότερο από 6% στη Δημοκρατία της Σλοβακίας και την Κορέα. Το 2003 οι υψηλότερες δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ έγιναν στις Ηνωμένες Πολιτείες και ακολουθούσαν η Ελβετία και η Γερμανία με ποσοστό 11,5% και 11,1% του ΑΕΠ (Γράφημα 3.7).
- **Η αύξηση των δαπανών υγείας οφείλεται σε διάφορους παράγοντες.** Γενικά, **οι χώρες του ΟΟΣΑ με υψηλότερο κατά κεφαλήν ΑΕΠ τείνουν να δαπανούν περισσότερο κατά κεφαλή για την υγεία** (Γράφημα 3.10). Εντούτοις, υπάρχουν σημαντικές αποκλίσεις μεταξύ των χωρών, που ίσως εν μέρει να αντανακλούν τις διαφορετικές αποφάσεις πολιτικής σχετικά με το κατάλληλο ύψος των δαπανών, τις ποικίλες δομές χρηματοδότησης και οργάνωσης των συστημάτων υγείας, καθώς και την αξία που προσδίδεται στις επιπρόσθετες δαπάνες υγείας έναντι άλλων αγαθών και υπηρεσιών. **Η πρόοδος στον τομέα της πρόληψης, της διάγνωσης και της θεραπείας αποτελεί κύριο παράγοντα αύξησης του κόστους της υγείας.** Οι παράγοντες που

επιηρεάζουν την ανάπτυξη και τη διάδοση των νέων ιατρικών τεχνολογιών και των νέων φαρμάκων είναι πολλοί και συμπεριλαμβάνουν τη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τους τρόπους χρηματοδότησης του νέου εξοπλισμού, της θεραπείας ή των φαρμάκων. **Η γήρανση του πληθυσμού συμβάλλει εξίσου στην αύξηση των δαπανών υγείας.** Το ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας 65 ή άνω αυξήθηκε σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ (Γράφημα 5.3) και αναμένεται να συνεχίσει να αυξάνεται στο μέλλον, δεδομένης ιδιαίτερα της γήρανσης της γενιάς των «baby-boomers» (δηλαδή των ατόμων που γεννήθηκαν μεταξύ του 1943 και του 1960 και που θα αρχίσουν να πλησιάζουν τα 65 από το 2010 και μετά). Καθώς οι ανάγκες των πληθυσμιακών ομάδων μεγαλύτερης ηλικίας σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και μακροχρόνια μέριμνα τείνουν να είναι μεγαλύτερες, η γήρανση του πληθυσμού αναμένεται να αυξήσει τις δημόσιες δαπάνες σε αυτούς τους τομείς.

### **Το κόστος της υγείας πιέζει τους δημόσιους προϋπολογισμούς**

- Δεδομένου ότι η δημόσια χρηματοδότηση (είτε μέσω της κοινωνικής ασφάλισης, είτε μέσω του κρατικού προϋπολογισμού) κυριαρχεί στην κάλυψη της υγειονομικής δαπάνης, ο δημόσιος τομέας βαρύνεται με το μεγαλύτερο μερίδιο των δαπανών υγείας σε όλες τις χώρες, εκτός από τις Ηνωμένες Πολιτείες, το Μεξικό και την Κορέα (Γράφημα 3.17). Ακόμα και στις Ηνωμένες Πολιτείες όπου ο ιδιωτικός τομέας συμμετέχει σημαντικά στη χρηματοδότηση αυτή, οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία αντιπροσωπεύουν το 6,6% του ΑΕΠ, ποσοστό εφάμιλλο με αυτό του μέσου όρου του ΟΟΣΑ.
- Η περασμένη δεκαετία διαιρείται γενικά σε δύο περιόδους ως προς την αύξηση των δημόσιων δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ. Κατά την πενταετία 1992-1997 ο ρυθμός αύξησης των δημόσιων δαπανών υγείας ήταν παρεμφερής ή κάπως πιο βραδύς απ' αυτόν της οικονομικής μεγέθυνσης. Πρόσφατα, όμως, **οι δημόσιες δαπάνες υγείας αυξήθηκαν ταχύτερα από την οικονομική μεγέθυνση σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ.** Σε ορισμένες χώρες, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο και ο Καναδάς, οι πρόσφατες αυξήσεις των δημόσιων δαπανών υγείας αντανακλούσαν εκούσιες πολιτικές που στόχευαν στην άμβλυνση της πίεσης από την πλευρά της ζήτησης, την οποία προκάλεσαν τα μέτρα συγκράτησης του κόστους που εφαρμόστηκαν στα μέσα της δεκαετίας του '90 (Γράφημα 3.6).
- Η πρόσφατη ραγδαία άνοδος των φαρμακευτικών δαπανών (περισσότερο από 5% ετησίως κατά μέσο όρο από το 1997 έως σήμερα) υπήρξε σημαντικός μοχλός της γενικής αύξησης της συνολικής δημόσιας δαπάνης υγείας. Πράγματι, **στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ η αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών ξεπέρασε την αύξηση της συνολικής δαπάνης υγείας** κατά την ίδια περίοδο. Στις Ηνωμένες Πολιτείες και την Αυστραλία ο ρυθμός αύξησης των φαρμακευτικών δαπανών ήταν τουλάχιστον διπλάσιος του αντίστοιχου των συνολικών δαπανών υγείας για την ίδια περίοδο. Σημαντική αύξηση σημειώθηκε επίσης στην Ιρλανδία και την Κορέα, αν και από σχετικά χαμηλότερο επίπεδο κατά κεφαλή στις αρχές της περιόδου. Ο ρυθμός αύξησης ήταν πολύ πιο αργός στην Ιαπωνία (Γράφημα 3.16).
- Κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ, **το 60% των φαρμακευτικών δαπανών βαρύνει τα δημόσια ταμεία και το υπόλοιπο καλύπτεται κυρίως από πληρωμές των χρηστών και έως ένα μικρότερο βαθμό από την ιδιωτική ασφάλιση.** Εντούτοις, η απόκλιση που κρύβεται πίσω απ' αυτόν το μέσο όρο κυμαίνεται από 11% στο Μεξικό και 21% στις

Ηνωμένες Πολιτείες έως 86% στην Ιρλανδία. Οι διαφορές αυτές πιθανότατα να αντανακλούν το διαφορετικό βαθμό κάλυψης της φαρμακευτικής δαπάνης από τα εθνικά προγράμματα υγείας και τη δημοσίως χρηματοδοτούμενη ασφάλιση (Πίνακας 3.11).

- Το 2003 οι δαπάνες για τα φάρμακα ανά άτομο ήταν οι υψηλότερες στις Ηνωμένες Πολιτείες (πάνω από 700 δολάρια ΗΠΑ ανά άτομο), και ακολουθούσαν η Γαλλία (λίγο περισσότερα από 600 δολάρια ΗΠΑ), ο Καναδάς και η Ιταλία (περίπου 500 δολάρια ΗΠΑ). Οι χαμηλότερες δαπάνες μόλις που υπερέβαιναν τα 100 δολάρια ΗΠΑ, σημειώθηκαν στο Μεξικό και την Τουρκία. Οι αποκλίσεις αυτές αντανακλούν διαφορές στον όγκο, τη δομή της κατανάλωσης και το επίπεδο των τιμών. Οι διαφορές στα επίπεδα του εισοδήματος μεταξύ των χωρών επηρεάζουν επίσης τις φαρμακευτικές δαπάνες (Γράφημα 3.14).

### **Η έλλειψη πόρων για υγειονομική περίθαλψη θα μπορούσε να δημιουργήσει προβλήματα σε κάποιες χώρες**

- **Η παρατηρούμενη έλλειψη γιατρών προκαλεί μεγάλη ανησυχία σε πολλές χώρες.** Το μέγεθος, η κατανομή και η σύνθεση των ασκούντων το επάγγελμα γιατρών επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες, όπως τα μέτρα που περιορίζουν την είσοδο στο ιατρικό επάγγελμα, η επιλογή της ειδικότητας, η αμοιβή και άλλες πτυχές των συνθηκών εργασίας, καθώς επίσης και η μετανάστευση. **Το 2003 η αναλογία των γιατρών κατά κεφαλή στις χώρες του ΟΟΣΑ κυμαινόταν από 4 γιατρούς ανά 1.000 άτομα στην Ιταλία και την Ελλάδα έως λιγότερους από 2 ανά 1.000 άτομα στην Τουρκία, το Μεξικό και την Κορέα.** Η αναλογία των γιατρών ήταν επίσης σχετικά χαμηλή στην Ιαπωνία, τον Καναδά, το Ηνωμένο Βασίλειο και τη Νέα Ζηλανδία, οι οποίες όμως παραδοσιακά έχουν θέσει περιορισμούς στον αριθμό των εισακτέων στις ιατρικές σχολές.
- **Οι γιατροί που σπούδασαν στο εξωτερικό αντιπροσωπεύουν σημαντικό μερίδιο του ιατρικού δυναμικού σε κάποιες χώρες.** Το 2000 το ποσοστό των γιατρών που σπούδασαν στο εξωτερικό υπερέβαινε το 20% του συνόλου των γιατρών στις αγγλόφωνες χώρες όπως η Νέα Ζηλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο, οι Ηνωμένες Πολιτείες και ο Καναδάς. Από την άλλη πλευρά, το μερίδιο των γιατρών που σπούδασαν στο εξωτερικό ήταν πολύ χαμηλότερο στην Ιαπωνία, την Αυστρία και τη Γαλλία (Γράφημα 2.4). Η διεθνής μετανάστευση μπορεί να αυξήσει την ευελιξία των αγορών εργασίας για γιατρούς και άλλους επαγγελματίες της υγείας στις χώρες υποδοχής, αλλά γεννά ανησυχίες για τη διαρροή επιστημόνων, λόγω των καθαρών μακροχρόνιων μεταναστατευτικών ροών προσωπικού προς χώρες με υψηλότερο εισόδημα.
- Στην τρίτη έκδοση της έκθεσης *Η υγεία με μια ματιά: Δείκτες του ΟΟΣΑ 2005* παρουσιάζονται νέα στατιστικά δεδομένα που αφορούν τις **αμοιβές των γιατρών**, τόσο των ειδικευμένων γενικών γιατρών όσο και των υπολοίπων ειδικευμένων (οι οποίοι ταξινομούνται σε μισθωτούς και αυτοαπασχολούμενους). Συγκρινόμενο με το μέσο εθνικό εισόδημα, το εισόδημα των γιατρών ποικίλλει από χώρα σε χώρα. **Για παράδειγμα, το εισόδημα των αυτοαπασχολούμενων ειδικευμένων γιατρών είναι σχετικά υψηλό στην Ολλανδία, τις Ηνωμένες Πολιτείες, το Βέλγιο και τον Καναδά.** Αντίθετα, οι ειδικευμένοι γιατροί στην Ουγγαρία και τη Δημοκρατία της Τσεχίας (ανεξάρτητα από το αν είναι μισθωτοί ή αυτοαπασχολούμενοι) λαμβάνουν σχετικά

χαμηλότερες αποδοχές, σε σύγκριση με το μέσο εθνικό εισόδημα, απ'αυτές των συναδέλφων τους σε άλλες χώρες (Γράφημα 2.9).

- Υπάρχουν επίσης αναφορές για την τρέχουσα έλλειψη νοσηλευτών σε όλες σχεδόν τις χώρες του ΟΟΣΑ. **Όπως και στην περίπτωση των γιατρών, ο αριθμός των νοσηλευτών διαφέρει σημαντικά από χώρα σε χώρα**, μολονότι η συγκρισιμότητα των δεδομένων περιορίζεται από το συνυπολογισμό διαφορετικών κατηγοριών νοσηλευτικού προσωπικού. Η Ιρλανδία, η Ισλανδία και η Ολλανδία αναφέρουν τις υψηλότερες αναλογίες νοσηλευτών ξεπερνώντας τους 13 νοσηλευτές ανά 1.000 άτομα το 2003. Στη χαμηλότερη βαθμίδα κατατάσσονταν η Τουρκία, η Κορέα, το Μεξικό και η Ελλάδα με λιγότερους από 4 νοσηλευτές ανά 1.000 άτομα (Γράφημα 2.5). Εξετάζοντας τις τάσεις που διαμορφώνονταν με την πάροδο του χρόνου, μεταξύ του 1990 και του 2003, η αναλογία των νοσηλευτών συνέχισε να αυξάνεται έστω και ελαφρά στις περισσότερες χώρες, αλλά άρχισε να μειώνεται στην Αυστραλία, τον Καναδά, τη Νέα Ζηλανδία και την Πολωνία (Γράφημα 2.6).
- Τα στοιχεία για την **αμοιβή των νοσηλευτών** είναι διαθέσιμα μόνο για τους μισθωτούς νοσηλευτές των νοσοκομείων. Με βάση τα στοιχεία από δώδεκα χώρες, το σχετικό εισόδημα των νοσηλευτών συγκρινόμενο με το κατά κεφαλήν ΑΕΠ είναι το υψηλότερο στην Πορτογαλία και ακολουθούν η Αυστραλία και η Νέα Ζηλανδία. Το σχετικό εισόδημα είναι το χαμηλότερο στη Δημοκρατία της Τσεχίας και την Ουγγαρία, καθώς και στη Νορβηγία (Γράφημα 2.11).
- Υπάρχουν επίσης ανησυχίες σε μερικές χώρες όσον αφορά την έλλειψη διαγνωστικού ή θεραπευτικού εξοπλισμού απαραίτητου για την έγκαιρη πρόσβαση σε τεχνολογίες αιχμής. **Οι διαγνωστικές τεχνολογίες, όπως οι αξονικοί και οι μαγνητικοί τομογράφοι, διαδόθηκαν ευρύτατα κατά την περασμένη δεκαετία σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ.** Καθώς η Μαγνητική Τομογραφία (MRI) είναι νεότερη τεχνολογία από την Αξονική Τομογραφία (CT), ο αριθμός των μαγνητικών τομογράφων αυξήθηκε ιδιαίτερα γρήγορα από το 1990 και έπειτα (Πίνακας 2.8). Παρόλα αυτά, εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικές αποκλίσεις ως προς τη διάδοση των ιατρικών τεχνολογιών. Συγκεκριμένα, η Ιαπωνία αναφέρει τον υψηλότερο αριθμό αξονικών και μαγνητικών τομογράφων κατά κεφαλήν. Αντίθετα, όπως είναι αναμενόμενο λόγω του υψηλού κόστους του εξοπλισμού αυτού, το Μεξικό διαθέτει τις λιγότερες μονάδες μαγνητικών τομογράφων κατά κεφαλήν και ακολουθεί η Πολωνία, η Δημοκρατία της Σλοβακίας και η Δημοκρατία της Τσεχίας (Γράφημα 2.13 και 2.14).

### **Η έμφαση στην πρόληψη ενδεχομένως να επιτρέψει την περαιτέρω βελτίωση της υγείας και παράλληλα να μειώσει την πίεση που ασκείται στα συστήματα υγείας**

- Μερικές φορές ασκείται κριτική στα συστήματα υγείας ότι εστιάζονται υπέρμετρα στην νοσηλεία των ασθενών παραμελώντας την πρόληψη της ασθένειας. Πράγματι, **κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ μόνο περίπου το 3% της τρέχουσας δαπάνης υγείας διατίθεται στην πρόληψη και σε προγράμματα δημόσιας υγείας** (Γράφημα 3.12).
- Έχει αποδειχτεί ότι, οι παιδικόι εμβολιασμοί είναι ένα από τα πιο αποτελεσματικά προληπτικά μέτρα για τη μείωση των παιδικών ασθενειών και της παιδικής θνησιμότητας. **Στα δύο τρίτα περίπου των χωρών του ΟΟΣΑ περίπου το 95% του**

πληθυσμού έχει εμβολιασθεί με το τριπλό εμβόλιο διφθερίτιδας- τετάνου- κοκκύτου (DTP), καλύπτοντας το ποσοστό που είναι απαραίτητο για τη γενική ανοσία του πληθυσμού. Όσον αφορά την ιλαρά, περίπου το μισό των χωρών του ΟΟΣΑ αναφέρουν το ίδιο περίπου ποσοστό. Μερικές από τις πιο πλούσιες χώρες του ΟΟΣΑ, σύμφωνα με το κατά κεφαλήν ΑΕΠ, όπως η Ιρλανδία, η Νορβηγία και η Αυστρία, αναφέρουν χαμηλότερο του μέσου ποσοστό εμβολιασμού τόσο για τη διφθερίτιδα όσο και για την ιλαρά (Γράφημα 2.21).

- Η ανοσοποίηση των ηλικιωμένων ατόμων έναντι της γρίπης διαδόθηκε ευρύτατα στις χώρες του ΟΟΣΑ κατά την περασμένη δεκαετία ως μέσο πρόληψης της ασθένειας, της νοσηλείας και της θνησιμότητας μεταξύ της πληθυσμιακής αυτής ομάδας που διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης σοβαρών επιπλοκών από τη γρίπη. Το 2003 το ποσοστό εμβολιασμού κατά της γρίπης μεταξύ των ηλικιωμένων κυμαινόταν από λιγότερο του 40% στη Δημοκρατία της Τσεχίας, τη Δημοκρατία της Σλοβακίας και την Ουγγαρία έως περισσότερο από 75% στην Αυστραλία, την Κορέα και την Ολλανδία. Το ποσοστό εμβολιασμού κατά της γρίπης υπερέβαινε το 60% στην πλειονότητα των χωρών της Ομάδας των 7, με εξαίρεση τη Γερμανία και την Ιαπωνία όπου λιγότερο από το 50% των ηλικιωμένων ανέφερε ότι είχε εμβολιασθεί κατά της γρίπης το 2003 (Γράφημα 2.23).

### Οι κινδύνοι για την υγεία μεταβάλλονται

- Κατά τις δύο περασμένες δεκαετίες επιτυγχάνθηκε επίσης σημαντική πρόοδος όσον αφορά τη μείωση του καπνίσματος σε πολλές χώρες του ΟΟΣΑ, αν και το κάπνισμα παραμένει μία από τις κυριότερες αιτίες πρόωρου θανάτου. Η μείωση αυτή οφείλεται κυρίως στην υλοποίηση πολιτικών οι οποίες στόχευαν στη μείωση του καπνίσματος μέσα από εκστρατείες ευαισθητοποίησης του κοινού, την απαγόρευση των διαφημίσεων και την αύξηση της φορολογίας. Τα τρέχοντα ποσοστά των τακτικών καπνιστών μεταξύ των ενηλίκων ανέρχονται σε λιγότερο από 20% στην Αυστραλία, τον Καναδά, τη Σουηδία και τις Ηνωμένες Πολιτείες, έναντι του πάνω από 33% κατά τα τέλη της δεκαετίας του '70. Αντίθετα, το ποσοστό των ενηλίκων τακτικών καπνιστών στην Ελλάδα, την Ουγγαρία και το Λουξεμβούργο υπερβαίνει το 33% (Γράφημα 4.1).
- Επίσης, κατά τις δύο τελευταίες δεκαετίες μειώθηκε βαθμιαία η μέση κατανάλωση αλκοόλ ανά ενήλικα σε πολλές χώρες του ΟΟΣΑ. Οι φραγμοί στις διαφημίσεις, οι περιορισμοί των πωλήσεων και η φορολογία αποδείχτηκαν αποτελεσματικά μέτρα μείωσης της κατανάλωσης αλκοόλ. Οι χώρες με μεγάλη παράδοση στην παραγωγή κρασιού όπως η Ιταλία και η Γαλλία μείωσαν σημαντικά την κατά κεφαλήν κατανάλωση αλκοόλ από το 1980 και έπειτα. Από την άλλη πλευρά, η κατά κεφαλήν κατανάλωση αλκοόλ αυξήθηκε κατά περισσότερο από 40% στην Ιρλανδία (Γράφημα 4.6 και 4.7).
- Σε πολλές χώρες του ΟΟΣΑ η αύξηση του ποσοστού των υπέρβαρων και των παχύσαρκων παιδιών αναδεικνύεται ταχύτατα μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας. Η παχυσαρκία είναι γνωστός παράγοντας κινδύνου για την υγεία προξενώντας προβλήματα όπως η υπέρταση, η υψηλή χοληστερόλη, ο διαβήτης, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, το άσθμα, η αρθρίτιδα και ορισμένα είδη καρκίνου. Περισσότερο από το 50% των ενηλίκων θεωρούνται σήμερα είτε υπέρβαροι είτε παχύσαρκοι σε δέκα χώρες του ΟΟΣΑ, και συγκεκριμένα στις Ηνωμένες Πολιτείες, το Μεξικό, το Ηνωμένο Βασίλειο,

την Αυστραλία, τη Δημοκρατία της Σλοβακίας, την Ελλάδα, τη Νέα Ζηλανδία, την Ουγγαρία, το Λουξεμβούργο και τη Δημοκρατία της Τσεχίας (Πίνακας 4.6).

- **Η παχυσαρκία**, η οποία εγκυμονεί σοβαρότερους κινδύνους για την υγεία σε σύγκριση με το υπερβάλλον βάρος, **κυμαίνεται στους ενήλικες από 3% στην Ιαπωνία και την Κορέα έως 31% στις Ηνωμένες Πολιτείες**. Εντούτοις, θα πρέπει να σημειωθεί ότι στις περισσότερες χώρες ο αριθμός των υπέρβαρων και των παχύσαρκων ατόμων υπολογίζεται βάσει αναφορών των ίδιων των ατόμων, ενώ αντίθετα στις Ηνωμένες Πολιτείες, την Αυστραλία, τη Νέα Ζηλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο ο υπολογισμός αυτός βασίζεται στην πραγματική καταμέτρηση του ύψους και του βάρους τους. Η πρώτη κατηγορία δεδομένων για το ύψος και το βάρος δεν είναι αξιόπιστη, καθώς οι αναφορές υποτιμούν συνήθως το πραγματικό βάρος. Αυτό σημαίνει ότι οι σημερινοί αριθμοί για την παχυσαρκία **υποτιμούν την πραγματική κατάσταση** εξαιτίας της μεροληψίας στην αναφορά (Γράφημα 4.12 και 4.13).
- **Η παχυσαρκία εγκυμονεί μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης χρόνιων παθήσεων, και συνεπάγεται σημαντικό επιπρόσθετο κόστος υγειονομικής περίθαλψης**. Σύμφωνα με υπολογισμούς από τις Ηνωμένες Πολιτείες, το κόστος των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι κατά 36% υψηλότερο και το κόστος των φαρμάκων 77% υψηλότερο για τους παχύσαρκους σε σύγκριση με αυτούς των οποίων το βάρος είναι κανονικό (Sturm, 2002). Καθώς η παχυσαρκία και η εκδήλωση των συνεπαγόμενων προβλημάτων υγείας δεν συμπίπτουν χρονικά, η αύξηση των ποσοστών παχυσαρκίας που παρατηρήθηκε κατά τις δύο τελευταίες δεκαετίες στην πλειονότητα των χωρών του ΟΟΣΑ αναμένεται να αυξήσει το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης στο μέλλον.



© OECD 2005

Η περίληψη αυτή δεν αποτελεί επίσημη μετάφραση του ΟΟΣΑ.

Η αναπαραγωγή της περίληψης αυτής επιτρέπεται υπό την προϋπόθεση ότι παρατίθεται το δικαίωμα αποκλειστικής εκμετάλλευσης του ΟΟΣΑ, καθώς και ο τίτλος της πρωτότυπης έκδοσης.

**Οι Πολύγλωσσες Περιλήψεις είναι μεταφρασμένα αποσπάσματα των δημοσιευμάτων του ΟΟΣΑ που εκδόθηκαν αρχικά στην αγγλική και τη γαλλική γλώσσα.**

**Διατίθενται δωρεάν στο Ηλεκτρονικό Βιβλιοπωλείο του ΟΟΣΑ  
[www.oecd.org/bookshop/](http://www.oecd.org/bookshop/)**

Για περισσότερες πληροφορίες επικοινωνήστε με το Τμήμα Δικαιωμάτων και Μεταφράσεων της Διεύθυνσης Δημοσίων Υποθέσεων και Επικοινωνιών του ΟΟΣΑ.

[rights@oecd.org](mailto:rights@oecd.org)

Fax: +33 (0)1 45 24 13 91

OECD Rights and Translation unit (PAC)  
2 rue André-Pascal  
75116 Paris  
France

Επισκεφτείτε τον ηλεκτρονικό μας κόμβο [www.oecd.org/rights/](http://www.oecd.org/rights/)

