

# Η υγεία στην Ελλάδα: Σε αναζήτηση σχεδιασμού για το μέλλον.

## ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

- Στην πρόσφατη έκθεση του Οργανισμού Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), [Health at a Glance \(2019\)](#), παρουσιάζονται δείκτες για την υγεία των πολιτών στις πιο αναπτυγμένες χώρες του κόσμου που είναι μέλη του. Γίνεται, επίσης, μια αξιολόγηση των παραγόντων που συμβάλλουν στην καλή υγεία, καθώς και της επάρκειας και αποτελεσματικότητας των σχετικών πόρων και υποδομών που χρησιμοποιούνται σε κάθε χώρα.

Η συνολική κατάσταση της υγείας του πληθυσμού αξιολογείται ως ικανοποιητική, καθώς η Ελλάδα βρίσκεται κοντά στο μέσο όρο των αναπτυγμένων χωρών του κόσμου. Ωστόσο, υπάρχουν κίνδυνοι που απειλούν την υγεία των Ελλήνων. Η Ελλάδα είναι πρωταθλήτρια στις χώρες του ΟΟΣΑ (2017) στο ποσοστό των ατόμων που δηλώνουν ότι καπνίζουν σε καθημερινή βάση (27% έναντι 18% στον ΟΟΣΑ). Από το 2007, όμως, το ποσοστό αυτό έχει μειωθεί κατά 12,5 π.μ. περίπου, λόγω της μεγάλης κρίσης και ύφεσης που επακολούθησε (μείωση εισοδημάτων, αύξηση τιμών στα νομίμως διακινούμενα τσιγάρα λόγω φορολογίας), και, πιο πρόσφατα, λόγω της στροφής από την κατανάλωση παραδοσιακών τσιγάρων στα ηλεκτρονικά προϊόντα νικοτίνης. Επίσης, η Ελλάδα καταγράφει υψηλό ποσοστό θανάτων από την ατμοσφαιρική ρύπανση (77 θάνατοι ανά 100 χιλ. άτομα πληθυσμού έναντι 40 στον ΟΟΣΑ), κυρίως λόγω αυξημένης συγκέντρωσης ιδιαίτερα επιβλαβερών επιβαρυντικών για την υγεία μικροσωματιδίων, από τις εκπομπές ρύπων, με την υποκατάσταση των πηγών ενέργειας από πετρέλαιο, τα παράγωγά του και από λιγνίτη σε πηγές φυσικού αερίου και ανανεώσιμων πηγών ενέργειας, να είναι σχετικά περιορισμένη. Η Ελλάδα, αν και στα ενήλικα άτομα (κατά δήλωσή τους) εμφανίζει ποσοστό υπέρβαρων κοντά στο μέσο όρο του ΟΟΣΑ, το αντίστοιχο ποσοστό στα παιδιά 5-9 ετών είναι ανησυχητικά υψηλό. Επίσης, η Ελλάδα εμφανίζει σχετικά χαμηλό επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ στον πληθυσμό (έχει γίνει προσαρμογή για τον τουρισμό), αν και αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα υποεκτίμησης λόγω της μη καταγραφής της παραγωγής οινοπνευματωδών ποτών στο σπίτι, καθώς και εκτεταμένου λαθρεμπορίου λόγω της υψηλής φορολογικής επιβάρυνσης.

Όσον αφορά στο σύστημα υγείας, αν και το 100% του πληθυσμού έχει δωρεάν πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, το δημόσιο σύστημα στην Ελλάδα καλύπτει μόνο το 61% των συνολικών δαπανών υγείας, έναντι 71% στον ΟΟΣΑ. Η κάλυψη για νοσοκομειακή περίθαλψη είναι 66% στην Ελλάδα (88% στον ΟΟΣΑ), για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη 62% (77% στον ΟΟΣΑ), για οδοντιατρική φροντίδα 0% (29% στον ΟΟΣΑ) και για φαρμακευτική φροντίδα 54% (57% στον ΟΟΣΑ). Το υπόλοιπο 39% των δαπανών υγείας καλύπτεται κατά 4 π.μ. από την ιδιωτική ασφάλιση (όσο και στον ΟΟΣΑ) και 35 π.μ. από την τσέπη των ασφαλισμένων (έναντι 21 π.μ. στον ΟΟΣΑ). Από τα χρήματα που πληρώνουν από την τσέπη τους οι ασφαλισμένοι, το 18% πηγαίνει σε γιατρούς και εξωτερικά ιατρεία, το 14% σε οδοντιατρικές εργασίες, το 31% σε νοσοκομειακή περίθαλψη, έναντι 9% στον ΟΟΣΑ, και το 37% σε φάρμακα και άλλα θεραπευτικά μέσα. Στην Ελλάδα, επίσης, η φαρμακευτική δαπάνη (εκτός νοσοκομείου) είναι υψηλότερη απ' ό,τι στη μέση χώρα του ΟΟΣΑ, με το 46% της δαπάνης να καλύπτεται από τους χρήστες, έναντι 16% στη Γερμανία και 13% στη Γαλλία. Η Ελλάδα διαθέτει επίσης 105 φαρμακοποιούς και 88 φαρμακεία, έναντι 83 φαρμακοποιών και 29 φαρμακείων στη μέση χώρα του ΟΟΣΑ, ανά 100 χιλ. πληθυσμού.

## Στην υγεία μας ρε παιδιά!

	Ελλάδα	Μ.Ο. ΟΟΣΑ
<b>Κατάσταση υγείας</b>		
Προσδόκιμο ζωής (χρόνια στη γέννηση)	81,4	80,7
Θνησιμότητα που θα μπορούσε να αποφευχθεί (θάνατοι ανά 100 χιλ.)	187	208
Νοσηρότητα χρόνιων παθήσεων (% ενηλίκων που ζουν με διαβήτη)	4,6	6,4
Αυτοαξιολογούμενη υγεία (% πληθυσμού με κακή υγεία)	10,4	8,7
<b>Παράγοντες κινδύνου για την υγεία</b>		
Κάπνισμα (% πληθυσμού 15+ που καπνίζει ημερησίως)	27,3	18,0
Αλκοόλ (λίτρα κατανάλωσης κατά κεφαλή πληθυσμού 15+)	6,5	8,9
Παχυσαρκία (% πληθυσμού 15+ που έχουν ΔΜΣ >= 25)	55,0*	55,6
Ατμοσφαιρική ρύπανση (θάνατοι ανά 100 χιλ. πληθυσμού λόγω ρύπανσης του αέρα)	76,7	39,6
<b>Πρόσβαση στην υγεία</b>		
Κάλυψη πληθυσμού (% πληθυσμού που δικαιούται πρόσβαση σε κύριες υπηρεσίες)	100	98,4
Οικονομική προστασία (% δαπάνης που καλύπτεται από σχήματα υγειονομικής περίθαλψης)	60,8	71,2
Κάλυψη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (% πληθυσμού 15+ που είναι πιθανό να επισκεφθεί γιατρό λαμβανομένης υπόψη της αναγκαιότητας)	76	78
Κάλυψη υπηρεσιών προληπτικής φροντίδας υγείας (% πληθυσμού 15+ που είναι πιθανό να εξετασθεί για καρκίνο της μήτρας)	76	73
<b>Ποιότητα φροντίδας</b>		
Ασφαλής συνταγογράφηση (ημερήσια δόση συνταγογραφηθέντων αντιβιοτικών ανά 1.000 άτομα)	32,1	17,8
Αποτελεσματικότητα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (εισαγωγές σε νοσοκομεία για άσθμα/χρόνια απόφραξη πνευμόνων που θα μπορούσε να αποφευχθεί ανά 100 χιλ. άτομα)	...	225
Αποτελεσματικότητα δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας (θνησιμότητα εντός 30 ημερών από την εκδήλωση καρδιακής προσβολής ανά 100 χιλ. άτομα πληθυσμού)	...	6,9
Αποτελεσματικότητα φροντίδας για καρκίνο (% καθαρής επιβίωσης ασθενών με καρκίνο μαστού εντός 5ετίας)	...	84,5
<b>Πόροι υγείας</b>		
Δαπάνη υγείας (κατά κεφαλή, σε δολ. ΗΠΑ σε μονάδες αγοραστικής δύναμης)	2.238	3.994
Μέριδιο δαπάνης υγείας (% του ΑΕΠ)	7,8	8,8
Γιατροί εν ενεργεία (ανά 1.000 άτομα πληθυσμού)	6,1**	3,5
Νοσοκόμοι εν ενεργεία (ανά 1.000 άτομα πληθυσμού)	3,3	8,8

**Σύνοψη δεικτών υγείας**  
([OECD, Health at a Glance 2019](#))

\* Κατά δήλωση του ερωτώμενου.  
\*\* Περιλαμβάνονται όλοι οι γιατροί με άδεια άσκησης επαγγέλματος.

## Τομέας Μακροοικονομικής Ανάλυσης και Ευρωπαϊκής Πολιτικής

**Μιχάλης Μασουράκης**  
Chief Economist

E: [mmassourakis@sev.org.gr](mailto:mmassourakis@sev.org.gr)  
T: +30 211 500 6104

**Θανάσης Πρίντσιπας**  
Associate Advisor

E: [printsipas@sev.org.gr](mailto:printsipas@sev.org.gr)  
T: +30 211 500 6176

Οι απόψεις στην παρούσα έκθεση είναι των συγγραφέων και όχι απαραίτητα του ΣΕΒ. Ο ΣΕΒ δεν φέρει καμία ευθύνη για την ακρίβεια ή την πληρότητα των πληροφοριών που περιλαμβάνει η έκθεση.

## Με την ευγενική χορηγία:

**Damma**  
Συμμετοχών Α.Ε.

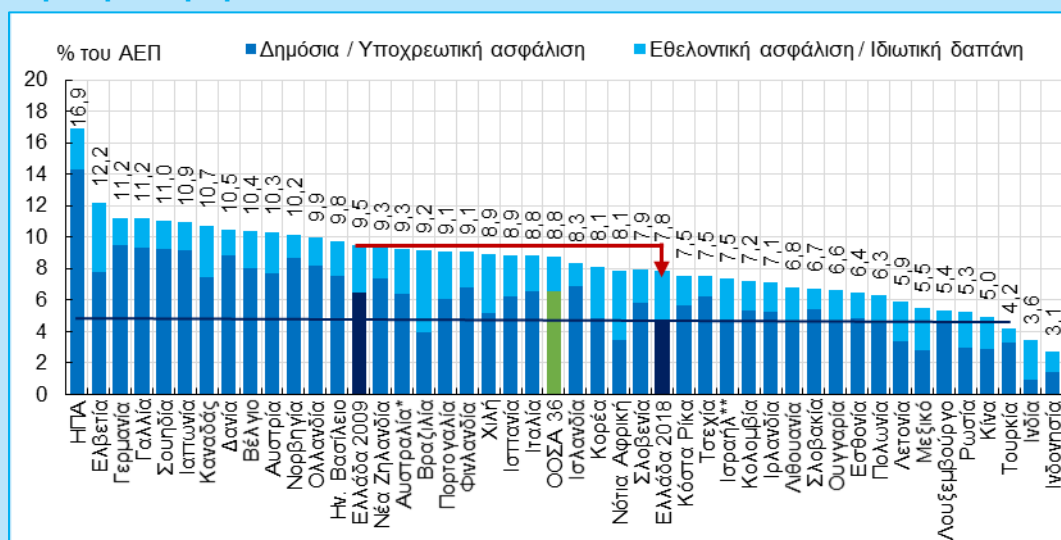
Όσον αφορά στους πόρους που είναι διαθέσιμοι στον τομέα της υγείας, η Ελλάδα διαθέτει 6,1 γιατρούς και 3,3 νοσηλευτές ανά 1000 άτομα πληθυσμού, έναντι 3,5 και 8,8 αντίστοιχως στον ΟΟΣΑ. Επίσης, τα νοσοκομεία λειτουργούν με πολύ λιγότερους νοσηλευτές ανά γιατρό (1,63) απ' ό τι στη μέση χώρα του ΟΟΣΑ (2,7). Το φαινόμενο αυτό αποτυπώνει μια σοβαρή διαρθρωτική ανισορροπία του νοσηλευτικού συστήματος στη χώρα μας. Σημειώνεται, μάλιστα, ότι δεν οφείλεται στη μείωση των νοσοκομειακών γιατρών λόγω μετανάστευσης στο εξωτερικό κατά τη διάρκεια της κρίσης, μια και ο λόγος νοσηλευτών προς γιατρούς ήταν ακόμη χαμηλότερος πριν την έναρξη της κρίσης. Σημειώνεται ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές που εργάζονται σε νοσοκομεία έχουν μειωθεί από το 2009 κατά 3831 και 1532 άτομα, σε 23,5 χιλ. και 38,4 χιλ. αντίστοιχως, το 2017. Ταυτόχρονα, δε, με την υπερπληθώρα γιατρών και την παράλληλη ένδεια νοσηλευτικού προσωπικού, σημειώνεται το παράδοξο να υπάρχει την ίδια στιγμή έλλειψη γιατρών γενικής ιατρικής (5% στην Ελλάδα, 23% στον ΟΟΣΑ). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να μην μπορεί να εφαρμοσθεί ένα σύστημα εξορθολογισμού των ιατρικών δαπανών με την εισαγωγή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, που να είναι υπεύθυνος για την παραπομπή του ασθενούς σε γιατρούς συγκεκριμένων ειδικοτήτων. Όσον αφορά σε υλικές υποδομές, η Ελλάδα διαθέτει, επίσης, 34 αξονικούς και 27 μαγνητικούς τομογράφους ανά 1 εκατ. πληθυσμού, έναντι 43 και 38 αντίστοιχως στις ΗΠΑ και έναντι 9 και 7 αντίστοιχως στο Ηνωμένο Βασίλειο. Τα νοσοκομεία στην Ελλάδα διαθέτουν 4,2 κλίνες ανά 1000 άτομα πληθυσμού με τη μέση διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο να είναι 7,5 ημέρες (όσο περίπου και στον ΟΟΣΑ), αν και στις Σκανδιναβικές χώρες οι κλίνες είναι λιγότερες και η διάρκεια παραμονής μικρότερη, δείγμα καλύτερης αξιοποίησης των πόρων.

Η Ελλάδα είναι η τρίτη πιο γερασμένη χώρα στον αναπτυσσόμενο κόσμο, με το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 και 80 ετών να διαμορφώνεται σε 21,7% και 6,8% αντίστοιχως σήμερα, με πρόβλεψη για 37% και 14% αντίστοιχως το 2050, όταν 38,9 άτομα ανά 1000 άτομα πληθυσμού θα πάσχουν από άνοια, έναντι 20,4 ατόμων σήμερα. Παρ' όλα αυτά η Ελλάδα δεν διαθέτει ανάλογο ύψους υποδομές παροχής μακροχρόνιας φροντίδας σε ηλικιωμένους, με μόνο το 2% της δαπάνης υγείας να κατευθύνεται σε γηριατρικές δομές έναντι 9% στον ΟΟΣΑ. Η μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων στην Ελλάδα στηρίζεται εθιμικά στην οικογένεια, με την άγραφη κοινωνική υποχρέωση των πολιτών να φροντίζουν ηλικιωμένους γονείς και συζύγους. Ως εκ τούτου, σε κάθε 100 άτομα άνω των 65 ετών στην Ελλάδα αντιστοιχούν 0,1 αμεμβόσιμοι φροντιστές για ηλικιωμένους και 0,45 κλίνες σε γηροκομεία (τα μικρότερα μεγέθη σε όλο τον αναπτυσσόμενο κόσμο), έναντι 4,9 φροντιστών και 4,7 κλινών αντίστοιχως κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ. Καθώς ο πληθυσμός θα γερνάει και θα ζει όλο και περισσότερο (π.χ. το προσδόκιμο ζωής στους άνδρες άνω των 65 ετών είναι σήμερα 20 χρόνια, αν και τα 8,1 χρόνια με περιορισμούς στη δραστηριότητα), και το μερίδιο των γυναικών στο εργατικό δυναμικό θα αυξάνεται, αργά ή γρήγορα, θα προκύψουν δημοσιονομικές ανάγκες για τις οποίες δεν εξοικονομούνται σήμερα πόροι για να τις καλύψουν.

Σημειώνεται, τέλος, ότι η κατά κεφαλή δαπάνη υγείας στην Ελλάδα το 2018 (€1.470 σε τιμές 2010) βρίσκεται στις τελευταίες θέσεις των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μαζί με τις πρώην χώρες του Ανατολικού μπλοκ ως επί το πλείστον. Έχοντας μειωθεί κατά 9,4% κατά μέσο όρο ετησίως από το 2008 έως το 2013 και παραμένει σχεδόν αμετάβλητη έκτοτε, λόγω δημοσιονομικών περικοπών και της κάμψης του διαθέσιμου εισοδήματος, που έφερε η κρίση, σήμερα βρίσκεται στα 2/3 περίπου του επιπέδου του 2009 (€2.071 σε τιμές 2010). Επισημαίνεται, επίσης, ότι η φαρμακευτική δαπάνη εκτός αλλά και εντός νοσοκομείων έχει μειωθεί κατά 5% και 5,4% αντίστοιχως κατά μέσο όρο ετησίως στην περίοδο 2008 – 2018. Στον περιορισμό των δαπανών υγείας έχουν συμβάλει και συστήματα αναγκαστικής συμμόρφωσης των φαρμακευτικών εταιρειών και των ιδιωτικών παρόχων υγείας στις προϋπολογισμένες δημόσιες δαπάνες υγείας (rebate και clawback). Σημειώνεται ότι πρακτικές τέτοιου είδους ασκούν αρνητικές επιπτώσεις στις αναπτυξιακές προοπτικές των θιγόμενων εταιρειών, και πρέπει να εκλείψουν με παρεμβάσεις, μεταξύ άλλων, στην δομή της συνταγογράφησης και των παραγγελιών διαγνωστικών εξετάσεων. Σε κάθε περίπτωση, οι δημόσιες τρέχουσες δαπάνες υγείας διαμορφώνονται στο 4,7% του ΑΕΠ το 2018, έναντι 6,6% του ΑΕΠ στον ΟΟΣΑ, και 6,5% του ΑΕΠ το 2009. Ανεξαρτήτως των υπερβολών που σημειώθηκαν πριν την κρίση, το σημερινό επίπεδο δημοσίων δαπανών υγείας (στην τελευταία θέση των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης) αξιολογείται ως ανεπαρκέστατο, ιδίως για την παροχή αξιόπιστης και αξιοπρεπούς ιατρικής και νοσοκομειακής φροντίδας στον πληθυσμό, και ιδίως σε εκείνους που δεν έχουν τις εναλλακτικές της προσφυγής σε ιδιώτες παρόχους. Πρέπει να σημειωθεί, τέλος, ότι οι συνολικές επενδύσεις που γίνονται στον τομέα της υγείας (0,25% του ΑΕΠ ετησίως) είναι στο χαμηλότερο επίπεδο των χωρών του ΟΟΣΑ, με τον δημόσιο τομέα ιδίως να έχει τεράστιες ανάγκες σύγχρονων νοσοκομειακών υποδομών, ώστε να αντικατασταθούν δομές που δεν περιποιούν τιμή σε ένα σύγχρονο αναπτυσσόμενο κράτος.

- Σε θετικό έδαφος συνέχισε να κινείται ο κύκλος εργασιών στη μεταποίηση πλην πετρελαιοειδών τον Νοέμβριο του 2019 (+1,1%), ωστόσο η αυξανόμενη αβεβαιότητα στο διεθνές περιβάλλον λόγω των εμπορικών ανταγωνισμών έχει επιπτώσεις στις βιομηχανικές πωλήσεις στην εξωτερική αγορά, οι οποίες παρουσίασαν κάμψη (-5,8%, έναντι αύξησης +3,6% στην εγχώρια αγορά). Συνολικά, κατά το διάστημα Ιαν – Νοε 2019 οι πωλήσεις της μεταποίησης πλην πετρελαιοειδών αυξήθηκαν κατά +4,3%, επιπλέον αύξησης +3,6% το αντίστοιχο διάστημα του 2018, με τους περισσότερους κλάδους να εμφανίζουν άνοδο, ιδίως τα φάρμακα (+21,2%), ο καπνός (+16,2%), τα ηλεκτρονικά προϊόντα και Η/Υ (+23,9%), τα οχήματα (+20,2%) και τα τρόφιμα (+2,6%). Παράλληλα, ο όγκος της οικοδομικής δραστηριότητας ενισχύθηκε κατά +6,6% το διάστημα Ιαν – Οκτ 2019, επιπλέον αύξησης +18,7% κατά το αντίστοιχο διάστημα το 2018, ενώ αναμένεται να ενισχυθεί περαιτέρω τους επόμενους μήνες, μετά και από την ανακοίνωση της εξαίρεσης του ΦΠΑ από την οικοδομή. Την ίδια ώρα, το 2019 αναμένεται να είναι ακόμα ένα έτος ρεκόρ για τον τουρισμό, καθώς ήδη από τον Σεπτέμβριο του 2019 οι εισπράξεις έχουν ξεπεράσει τις συνολικές εισπράξεις του 2018 (€17,9 δισ. στο 11μηνο του 2019, έναντι €16,1 δισ. στο σύνολο του 2018), ενώ οι αφίξεις στο 11μηνο του 2019 ανήλθαν σε 30,7 εκατ. (+4,0% σε σύγκριση με το αντίστοιχο διάστημα το 2018).

### Περασμένα μεγαλεία...



### Τρέχουσες δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2018 ή τελευταίο διαθέσιμο έτος

(OECD, [Health at a Glance 2019](#))

\* Στην Αυστραλία εξαιρούνται οι δαπάνες για την φροντίδα ηλικιωμένων στο σπίτι.  
\*\* Στο Ισραήλ περιλαμβάνονται και οι επενδύσεις.



## Μια ματιά στην κατάσταση της υγείας στην Ελλάδα σε σχέση και με τις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ

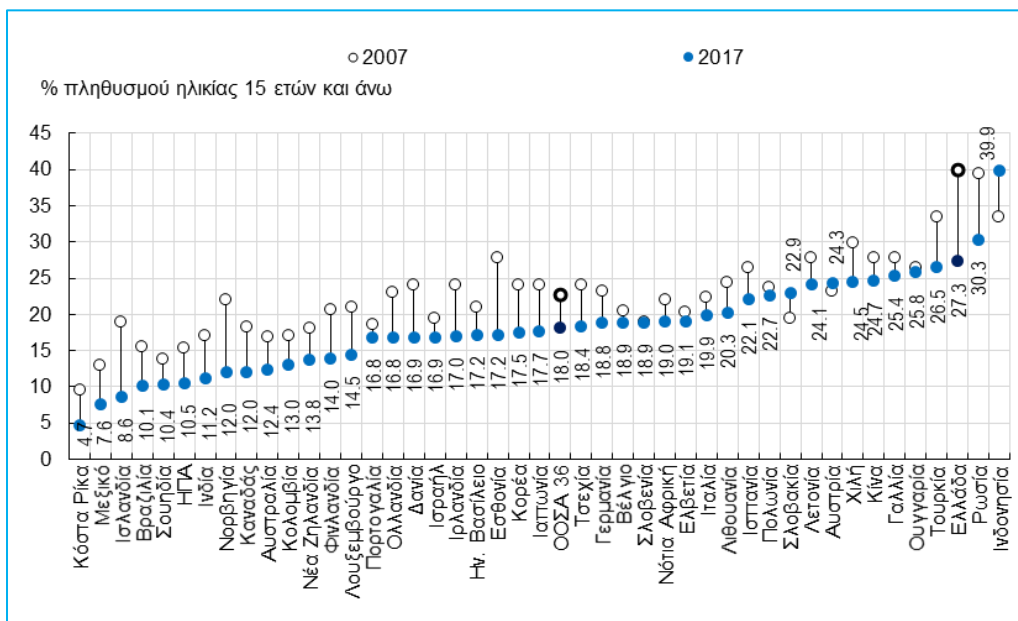
Στην πρόσφατη έκθεση του Οργανισμού Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), [Health at a Glance \(2019\)](#), παρουσιάζονται δείκτες για την υγεία των πολιτών στις πιο αναπτυγμένες χώρες του κόσμου που είναι μέλη του. Γίνεται, επίσης, μια αξιολόγηση των παραγόντων που συμβάλλουν στην καλή υγεία, καθώς και της επάρκειας και αποτελεσματικότητας των σχετικών πόρων και υποδομών που χρησιμοποιούνται σε κάθε χώρα.

Όσον αφορά στην **συνολική κατάσταση της υγείας του πληθυσμού** στην Ελλάδα, ο δείκτης προσδόκιμου ζωής σε χρόνια για τα παιδιά που γεννιούνται σήμερα ανέρχεται σε 81,4 χρόνια έναντι 80,7 χρόνια στον ΟΟΣΑ, 83 στην Ιταλία, 83,4 στην Ισπανία, 81,5 στην Πορτογαλία και 78,6 στις ΗΠΑ. Ο δείκτης θνησιμότητας από αίτια που θα μπορούσαν να αποφευχθούν μέσω χρήσης του συστήματος υγείας, προληπτικά ή θεραπευτικά, διαμορφώνεται σε 187 θάνατοι ανά 100 χιλ. άτομα έναντι 208 στον ΟΟΣΑ, 143 στην Ιταλία, 146 στην Ισπανία, 180 στην Πορτογαλία, και 262 στις ΗΠΑ. Στη νοσηρότητα λόγω χρόνιων παθήσεων, το ποσοστό των ενηλίκων που ζουν με διαβήτη ανέρχεται σε 4,6% έναντι 6,4 στον

ΟΟΣΑ, 4,8% στην Ιταλία, 7,2% στην Ισπανία, 9,9% στην Πορτογαλία και 10,8 στις ΗΠΑ. Τέλος, το 10,4% του πληθυσμού 15+ στην Ελλάδα δηλώνει ότι η υγεία του δεν είναι σε καλή κατάσταση έναντι 8,7% στον ΟΟΣΑ, 5,8% στην Ιταλία, 6,6% στην Ισπανία, 15,3% στην Πορτογαλία και 2,6% στις ΗΠΑ, ποσοστά που αποτυπώνουν κοινωνικο-πολιτισμικές διαφορές, με τα άτομα σε χαμηλά εισοδήματα να είναι λιγότερο θετικά όσον αφορά στην κατάσταση της υγείας τους. Γενικά, αξιολογώντας τους παραπάνω δείκτες, η Ελλάδα φαίνεται να είναι κοντά στον μέσο όρο των αναπτυγμένων χωρών του κόσμου.

**Αξιολογώντας τους δείκτες για τη συνολική κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, η Ελλάδα φαίνεται να είναι κοντά στον μέσο όρο των αναπτυγμένων χωρών του κόσμου.**

Όσον αφορά στους **παράγοντες κινδύνου που απειλούν την υγεία**, το 27,3% του πληθυσμού 15+ στην Ελλάδα, καπνίζει καπνικά προϊόντα σε καθημερινή βάση (παγκόσμιο ρεκόρ), έναντι 18% στον ΟΟΣΑ, 19,9% στην Ιταλία, 22,1% στην Ισπανία, 16,8%



**Δ01: Ποσοστό ενηλίκων που καπνίζουν καθημερινά (OECD, [Health at a Glance 2019](#))**



	Ελλάδα	Μ.Ο. ΟΟΣΑ
<b>Κατανάλωση αλκοόλ</b>		
<b>Καταγεγραμμένη κατανάλωση αλκοόλ</b> (λίτρα κατά κεφαλή στον πληθυσμό ηλικίας 15 ετών και άνω)	6,5	8,9
<b>Εξάρτηση από αλκοόλ</b>		
<b>Ποσοστό εξαρτημένων από αλκοόλ – Σύνολο</b> (ποσοστό πληθυσμού)	2,7	3,7
<b>Ανδρες</b>	4,2	6,0
<b>Γυναίκες</b>	1,3	1,6

**Δ02: Κατανάλωση και εξάρτηση από αλκοόλ, 2017 ή τελευταίο διαθέσιμο έτος**  
([OECD, Health at a Glance 2019](#))

	Ελλάδα	Μ.Ο. ΟΟΣΑ
<b>Παράγοντες κινδύνου για την υγεία</b>		
<b>Θάνατοι σχετιζόμενοι με οπιοειδή</b> (θάνατοι ανά 1 εκατ. άτομα)	4,9	27,0
<b>Θάνατοι σχετιζόμενοι με την ατμοσφαιρική ρύπανση</b> (θάνατοι ανά 100 χιλ.)	76,7	39,6
<b>Ποσοστό παχυσαρκίας μεταξύ παιδιών ηλικίας 5-9 ετών</b> (ποσοστό περιλαμβανομένων των υπέρβαρων παιδιών)	41,0	31,4
<b>Αγόρια</b>	45,2	34,0
<b>Κορίτσια</b>	36,5	28,6

**Δ03: Παράγοντες κινδύνου για την υγεία, 2016**  
([OECD, Health at a Glance 2019](#))

στην Πορτογαλία και 10,5% στις ΗΠΑ (Δ01). Επίσης, στην Ελλάδα ο πληθυσμός 15+ καταναλώνει κατά μέσο όρο 6,5 λίτρα αλκοόλ το χρόνο έναντι 8,9 λίτρα στον ΟΟΣΑ, 7,6 λίτρα στην Ιταλία, 8,6 λίτρα στην Ισπανία και 8,9 λίτρα στις ΗΠΑ (Δ02). Το ποσοστό του πληθυσμού 15+ στην Ελλάδα που είναι υπέρβαρο (δηλ. έχει δείκτη BMI- Body Mass Index ίσο ή πάνω από 25, όπου ο δείκτης ορίζεται ως βάρος σε κιλά προς το τετράγωνο του ύψους σε μέτρα), ανέρχεται σε 55% έναντι 55,6% στον ΟΟΣΑ, 46% στην Ιταλία, 53% στην Ισπανία (κατά δήλωση), 67,6% στην Πορτογαλία και 71% στις ΗΠΑ. Τέλος, οι θάνατοι ανά 100 χιλ. άτομα λόγω ρύπανσης της ατμόσφαιρας (εντός και εκτός οικίας) ανέρχονται σε 76,7 στην Ελλάδα έναντι 39,6 στον ΟΟΣΑ, 48,7 στην Ιταλία, 27,1 στην Ισπανία, 28,3 στην Πορτογαλία και 24,1 στις ΗΠΑ (Δ03). Γενικά, οι παράγοντες κινδύνου είναι μάλλον αυξημένοι στην Ελλάδα, κυρίως λόγω καπνίσματος και ατμοσφαιρικής ρύπανσης, ενώ η κατανάλωση αλκοόλ και η παχυσαρκία εμφανίζονται σε σχετικά χαμηλό επίπεδο, που ίσως είναι, όμως, πλασματικό, μιας και η κατανάλωση αλκοόλ υποεκτιμάται λόγω κατανάλωσης οινόπνευματων που παράγονται στο σπίτι και η παχυσαρκία εκτιμάται κατά δήλωση των ερωτηθέντων. Περαιτέρω, στοιχεία για την παχυσαρκία σε παιδιά 5- 9

ετών δείχνουν ότι στην Ελλάδα το 41% είναι υπέρβαρο, ποσοστό που κατατάσσει τη χώρα μας στην 4<sup>η</sup> χειρότερη θέση στις χώρες του ΟΟΣΑ.

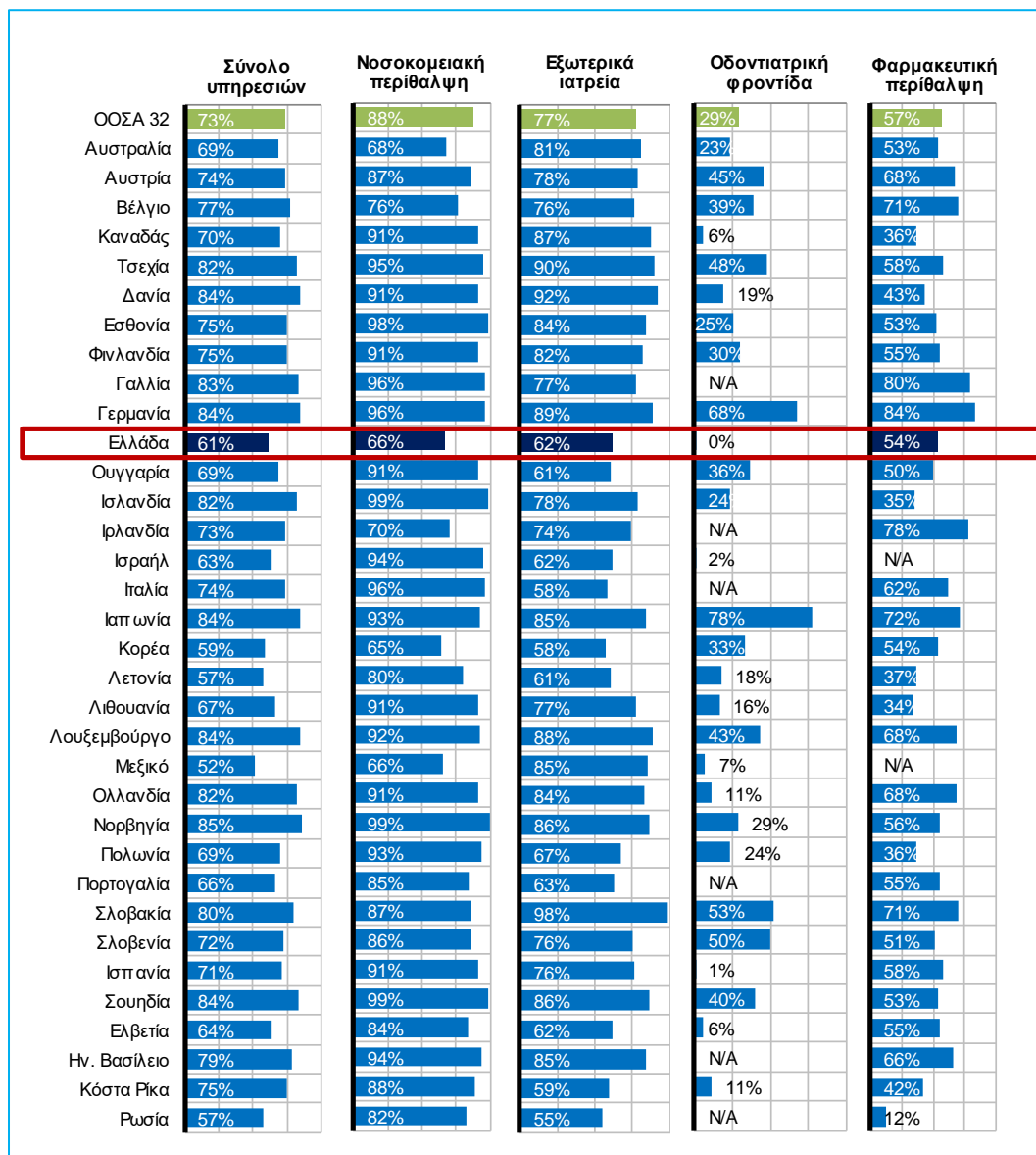
Οι παράγοντες κινδύνου είναι μάλλον αυξημένοι στην Ελλάδα, κυρίως λόγω καπνίσματος και ατμοσφαιρικής ρύπανσης, ενώ η κατανάλωση αλκοόλ και η παχυσαρκία εμφανίζονται σε σχετικά χαμηλό επίπεδο, που ίσως είναι, όμως, πλασματικό, μιας και η κατανάλωση αλκοόλ υποεκτιμάται λόγω κατανάλωσης οινόπνευματων που παράγονται στο σπίτι και η παχυσαρκία εκτιμάται κατά δήλωση των ερωτηθέντων.





Όσον αφορά στην πρόσβαση σε ιατρική φροντίδα, το 100% του πληθυσμού στην Ελλάδα έχει πρόσβαση σε βασικές δημόσιες υπηρεσίες υγείας έναντι 98,4% στον ΟΟΣΑ, 90,8% στις ΗΠΑ και 100% στις χώρες 100% στις χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου. Στην Ελλάδα, όμως, το σύστημα ασφάλισης της υγείας καλύπτει το 60,8% των δαπανών υγείας έναντι 71,2% στον ΟΟΣΑ 36, 73,9% στην Ιταλία, 70,6% στην Ισπανία και 66,3% στην Πορτογαλία και 50,2% στις ΗΠΑ. Σημειώνεται, εν προκειμένω, ότι η κάλυψη αυτή (61% στην Ελλάδα και 71% στον ΟΟΣΑ32) αναλύεται περαιτέρω σε κάλυψη για νοσοκομειακή περίθαλψη (66% στην Ελλάδα, 88% στον ΟΟΣΑ32), εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (62% στην Ελλάδα, 77% στον ΟΟΣΑ32), οδοντιατρική περίθαλψη (0% στην

Ελλάδα, 29% στον ΟΟΣΑ32) και φαρμακευτική περίθαλψη (54% στην Ελλάδα, 57% στον ΟΟΣΑ32). Για λόγους συγκρισιμότητας, πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι η Γερμανία, μια χώρα με υψηλό ποσοστό κάλυψης, καλύπτει το 96% της νοσοκομειακής, το 89% της εξωνοσοκομειακής, το 68% της οδοντιατρικής και το 84% της φαρμακευτικής, περίθαλψης (Δ04). Επίσης, σημειώνεται ότι στην Ελλάδα το 76% του πληθυσμού 15+ έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας όταν χρειάζεται, έναντι 78% στον ΟΟΣΑ, 80% στην Ιταλία, 84% στην Ισπανία, 86% στην Πορτογαλία και 65% στις ΗΠΑ. Τέλος, στην Ελλάδα το 76% του πληθυσμού 15+ χρησιμοποιεί υπηρεσίες προληπτικής φροντίδας υγείας έναντι 73% στον ΟΟΣΑ, 68% στην Ιταλία, 69% στην Ισπανία, 71% στην



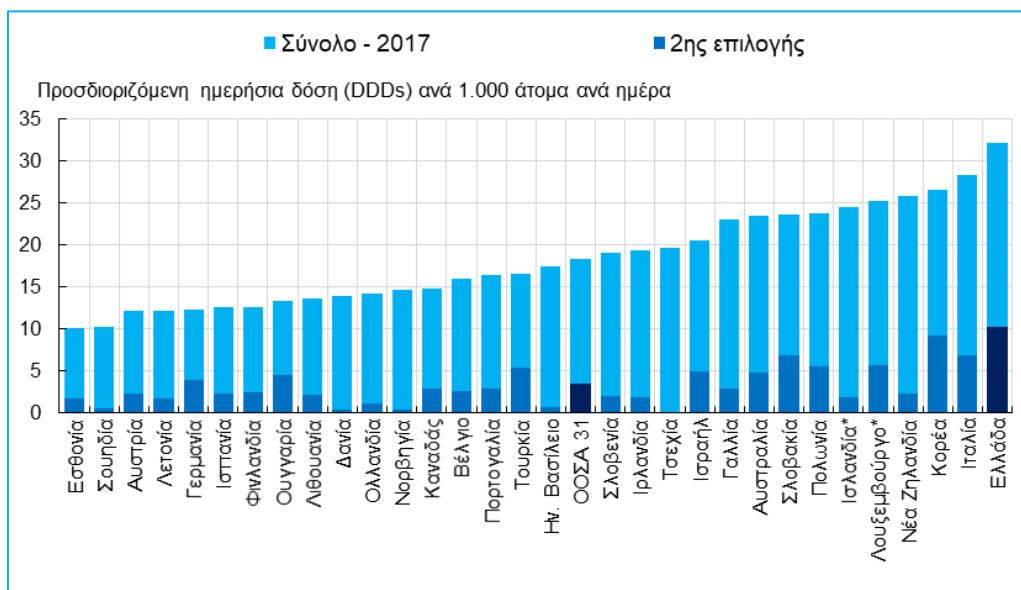
**Δ04: Δαπάνη δημόσιας και υποχρεωτικής ασφάλισης ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης για υγεία, 2018 ή τελευταίο διαθέσιμο έτος (OECD, *Health at a Glance 2019*)**



Πορτογαλία και 80% στις ΗΠΑ. Γενικά, το σύστημα υγείας στην Ελλάδα είναι κοντά στο μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (καθολική κάλυψη), αν και η χώρα μας υστερεί στην ασφαλιστική κάλυψη των δαπανών υγείας, κυρίως λόγω χαμηλής συμμετοχής των δημοσίων δομών ασφάλισης στις ιατρικές δαπάνες του πληθυσμού, που αναγκάζει πολλές φορές τους ασφαλισμένους να καταφεύγουν σε ιδιώτες παρόχους, επιβαρύνοντας αντιστοίχως την τσέπη τους.

**Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα είναι κοντά στο μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (καθολική κάλυψη), αν και η χώρα μας υστερεί στην ασφαλιστική κάλυψη των δαπανών υγείας, κυρίως λόγω χαμηλής συμμετοχής των δημοσίων δομών ασφάλισης στις ιατρικές δαπάνες του πληθυσμού, που αναγκάζει πολλές φορές τους ασφαλισμένους να καταφεύγουν σε ιδιώτες παρόχους, επιβαρύνοντας αντιστοίχως την τσέπη τους.**

Όσον αφορά στην **ποιότητα και αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας**, η Ελλάδα κατέχει το παγκόσμιο ρεκόρ στην συνταγογράφηση αντιβιοτικών με 32,1 ανά 1000 άτομα να παίρνουν αντιβιοτικά σε ημερήσια βάση, έναντι 17,8 στον ΟΟΣΑ, 28,3 στην Ιταλία, 12,6 στην Ισπανία και 16,4 στην Πορτογαλία, με την υπερβολικά υψηλή χρήση αντιβιοτικών να μειώνει την αντίσταση του οργανισμού έναντι των μικροβιακών λοιμώξεων, και να συνιστά μεγάλη σπατάλη πόρων (**Δ05**). Στους λοιπούς δείκτες που χρησιμοποιούνται, δεν υπάρχουν στοιχεία για την Ελλάδα. Δείκτες χαμηλής ποιότητας/ αποτελεσματικότητας είναι οι υπερβολικές εισαγωγές σε νοσοκομεία περιπτώσεων άσθματος και χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας, καθώς θα μπορούσαν να αποφευχθούν εάν αντιμετωπίζονταν στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με 23 χώρες σε 36 να βρίσκονται κοντά στον μέσο όρο στον ΟΟΣΑ που διαμορφώνεται σε 225 εισαγωγές ανά 100 χιλ. άτομα σταθμισμένων ηλικιακά, η υψηλή εκδήλωση οξέως εμφράγματος του μυοκαρδίου, που αντανακλά την κατάσταση στο επίπεδο της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, με 20 χώρες σε 36 χώρες να βρίσκονται κοντά στον μέσο όρο στον ΟΟΣΑ που ανέρχεται σε 6,9 θανάτους ανά 100 χιλ. άτομα σταθμισμένων ηλικιακά, και, τέλος, το χαμηλό ποσοστό καθαρής επιβίωσης ασθενών σταθμισμένων ηλικιακά με καρκίνο του μαστού εντός 5ετίας από τη



**Δ05: Συνολικός όγκος συνταγογραφημένων αντιβιοτικών, 2017 ή τελευταίο διαθέσιμο έτος (OECD, *Health at a Glance 2019*)**

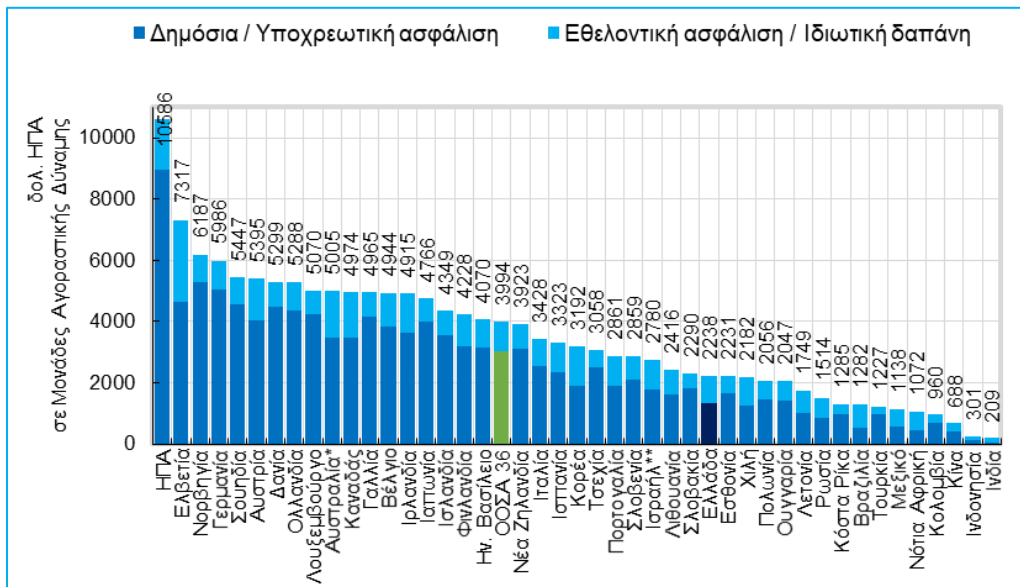
\* Μέσος όρος 3 ετών.



διάγνωση του, με 23 χώρες να βρίσκονται κοντά στον μέσο όρο στον ΟΟΣΑ, που διαμορφώνεται σε ικανοποιητικό επίπεδο, καθώς το 84,5% των ασθενών επιβιώνουν.

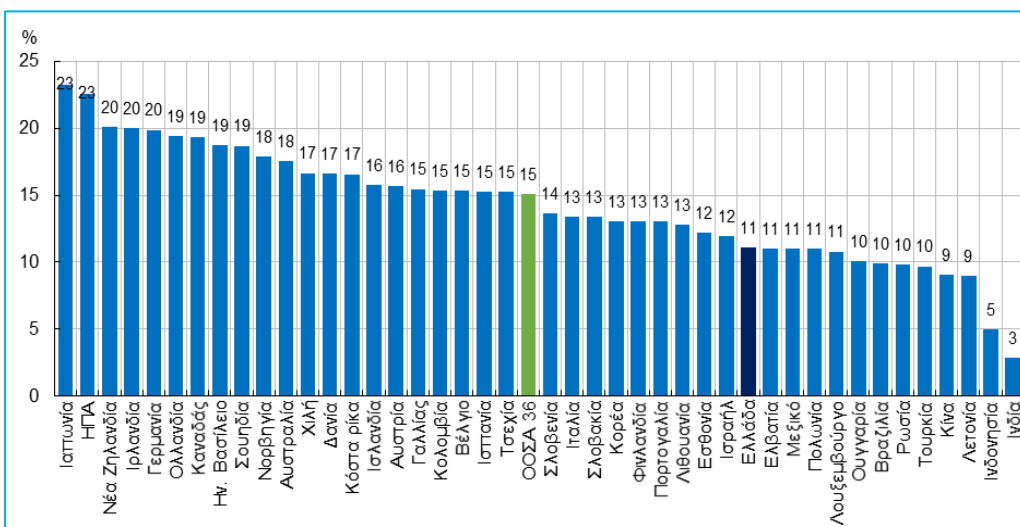
Τέλος, όσον αφορά στους **πόρους που διατίθενται στον τομέα της υγείας**, στην Ελλάδα ξοδεύουμε USD 2238 κατά κεφαλήν (σε όρους συγκριτικής αγοραστικής δύναμης), όταν ο μέσος όρος στον ΟΟΣΑ είναι 3994, στην Ιταλία 3428, στην Ισπανία 3323, στην Πορτογαλία 2801 και στις ΗΠΑ 10586 (Δ06). Ως ποσοστό του ΑΕΠ, στην Ελλάδα ξοδεύουμε το 7,8% του ΑΕΠ σε δαπάνες υγείας έναντι 8,8% στον ΟΟΣΑ, 8,8% στην Ιταλία, 8,9% στην Ισπανία, 9,1% στην Πορτογαλία και 16,9% στις ΗΠΑ (Διάγραμμα 2<sup>η</sup>

σελίδας και Δ07). Επίσης, η χώρα μας διαθέτει 6,1 γιατρούς ανά 1000 άτομα πληθυσμού, έναντι 3,5 στον ΟΟΣΑ, 4 στην Ιταλία, 3,9 στην Ισπανία, 5 στην Πορτογαλία και 2,6 στις ΗΠΑ, αν και τα μεγέθη σε Ελλάδα και Πορτογαλία περιλαμβάνουν όλους τους γιατρούς που έχουν άδεια άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος και όχι όσους ασκούν το επάγγελμα, που οδηγεί σε υπερεκτίμηση των σχετικών μεγεθών. Όσον αφορά στο νοσηλευτικό προσωπικό, στην Ελλάδα υπάρχουν 3,3 νοσοκόμες/νοσοκόμοι ανά 1000 άτομα πληθυσμού, όταν ο μέσος όρος στον ΟΟΣΑ είναι 8,8, στην Ιταλία 5,8, στην Ισπανία 5,7, στην Πορτογαλία 6,7 και στις ΗΠΑ 11,7 (Δ15 και Δ17).



**Δ06: Δαπάνη υγείας κατά κεφαλή, 2018 ή τελευταίο διαθέσιμο έτος**  
(OECD, [Health at a Glance 2019](#))

\* Στην Αυστραλία εξαιρούνται οι δαπάνες για την φροντίδα ηλικιωμένων στο σπίτι.  
\*\* Στο Ισραήλ περιλαμβάνονται και οι επενδύσεις.



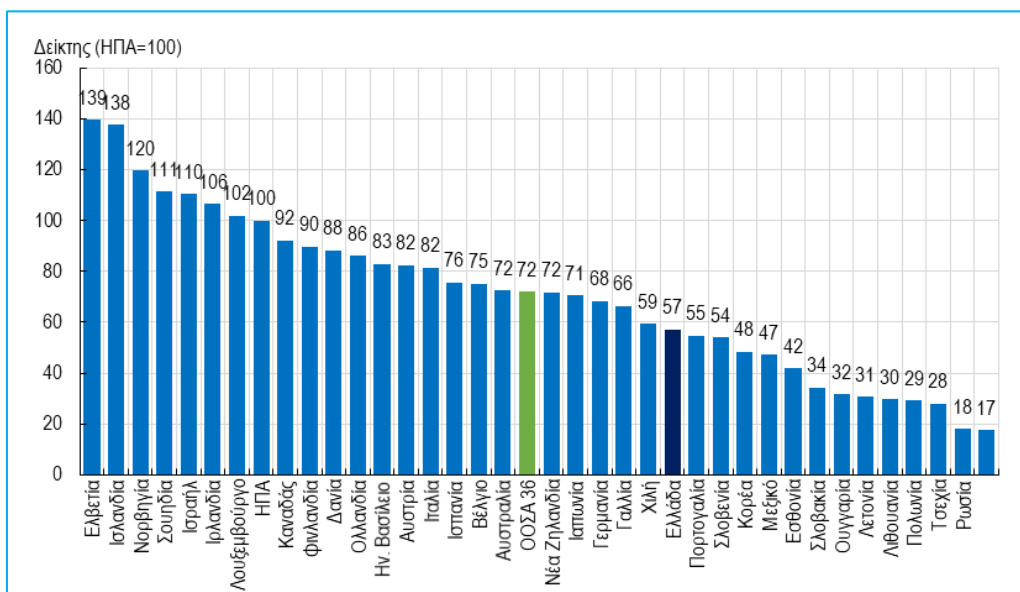
**Δ07: Δημόσια δαπάνη για την υγεία ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης της Γενικής Κυβέρνησης**  
(OECD, [Health at a Glance 2019](#))



Η διαθεσιμότητα των πόρων δεν μεταφράζεται αυτόματα σε καλύτερη κατάσταση υγείας, καθώς παίζει ρόλο και η **αποτελεσματικότητα των δαπανών υγείας**. Φαίνεται, πάντως, να υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ κατά κεφαλήν δαπάνης για υγεία και προσδόκιμου ζωής κατά τη γέννηση, αν και υπάρχουν χώρες, όπως η Ελλάδα και η Πορτογαλία, όπου η σχέση αυτή δεν υφίσταται. Υπάρχει, επίσης, θετική συσχέτιση εν γένει όσον αφορά στους παράγοντες κινδύνου, και τη θνησιμότητα που θα μπορούσε να αποφευχθεί, αν και πάλι υπάρχουν χώρες όπου η σχέση αυτή δεν ισχύει. Το ίδιο ισχύει και όσον αφορά στην ποιότητα της φροντίδας υγείας, όταν η μεταβλητή που συσχετίζεται με την δαπάνη είναι η επιβίωση ασθενών με καρκίνο του μαστού. Τέλος, η σχέση της δαπάνης για υγεία με τον αριθμό των γιατρών είναι μάλλον ασθενής, ενώ είναι αρκετά ισχυρή όταν η συσχέτιση γίνεται με τον αριθμό του νοσηλευτικού προσωπικού. Οι διαφορές που παρουσιάζονται εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό και από τις σχετικές αμοιβές και αρμοδιότητες των δύο επαγγελματικών ομάδων υγείας σε κάθε χώρα.

Στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ, τα ¾ περίπου της **τρέχουσας (δηλ. χωρίς επενδύσεις) δαπάνης υγείας** κατά κεφαλήν αντιπροσωπεύουν δαπάνη που χρηματοδοτείται από δημόσια συστήματα υγείας ή ιδιωτικά συστήματα υποχρεωτικού χαρακτήρα, με το υπόλοιπο να χρηματοδοτείται εθελοντικά από

συστήματα ιδιωτικής ασφάλισης και με πληρωμές ιδιωτών. Η Ελλάδα με δαπάνη κατά κεφαλήν USD 2238 σε όρους σχετικής αγοραστικής δύναμης, εκ των οποίων το 39% περίπου χρηματοδοτείται από ιδιωτικούς πόρους, βρίσκεται στις τελευταίες θέσεις των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μαζί με τις πρώην χώρες του Ανατολικού μπλοκ ως επί το πλείστον (**Δ08**). Σημειώνεται ότι η κατά κεφαλή δαπάνη υγείας στην Ελλάδα από το 2008 μέχρι το 2013 υπέστη μια μείωση κατά -9,4% ετησίως κατά μέσο όρο σε σταθερές τιμές 2010, στο πλαίσιο των δημοσιονομικών περικοπών λόγω των Μνημονίων, και σχεδόν μηδενική αύξηση έκτοτε μέχρι το 2018, και σήμερα (€1410 σε τιμές 2010) είναι στα 2/3 περίπου της δαπάνης κατά το 2009 (€2071 σε τιμές 2010). Σημειώνεται, επίσης, ότι η Γερμανία, στην πρώτη θέση των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης με USD 5986 κατά κεφαλήν, ξεδεύει τα μισά περίπου απ' ότι ξεδεύουν οι ΗΠΑ (USD 10586), με το μέγεθος των ΗΠΑ να ενσωματώνει την ιδιωτική ασφάλιση μαζί με την ασφάλιση υγείας που προσφέρουν οι επιχειρήσεις στους εργαζομένους στην ασφάλιση υποχρεωτικού χαρακτήρα (αν και όχι δημόσια δαπάνη), λόγω της πρόσφατης νομοθεσίας στις ΗΠΑ όπου η ιδιωτική ασφάλιση έχει σε κάποιο βαθμό υποχρεωτικό χαρακτήρα. Με τις τιμές της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στην Ελλάδα να βρίσκονται στο 57% των αντιστοίχων στις ΗΠΑ για ένα συγκεκριμένο «καλάθι» υπηρεσιών υγείας (**Δ24**), ο όγκος των υπηρεσιών



**Δ08: Συγκριτικό επίπεδο τιμών στην υγεία, 2017, ΗΠΑ = 100**  
([OECD, Health at a Glance 2019](#))

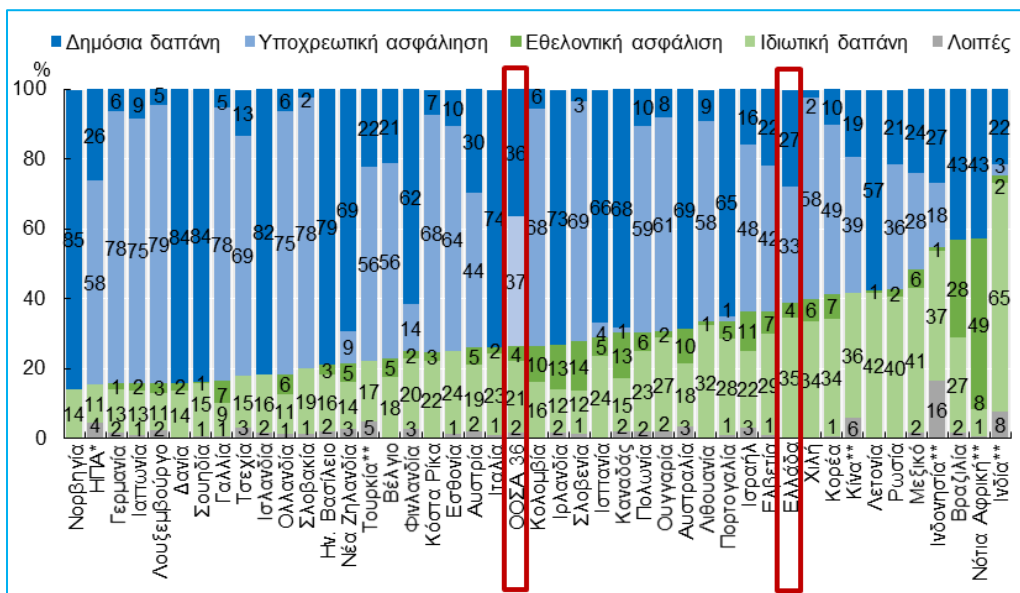




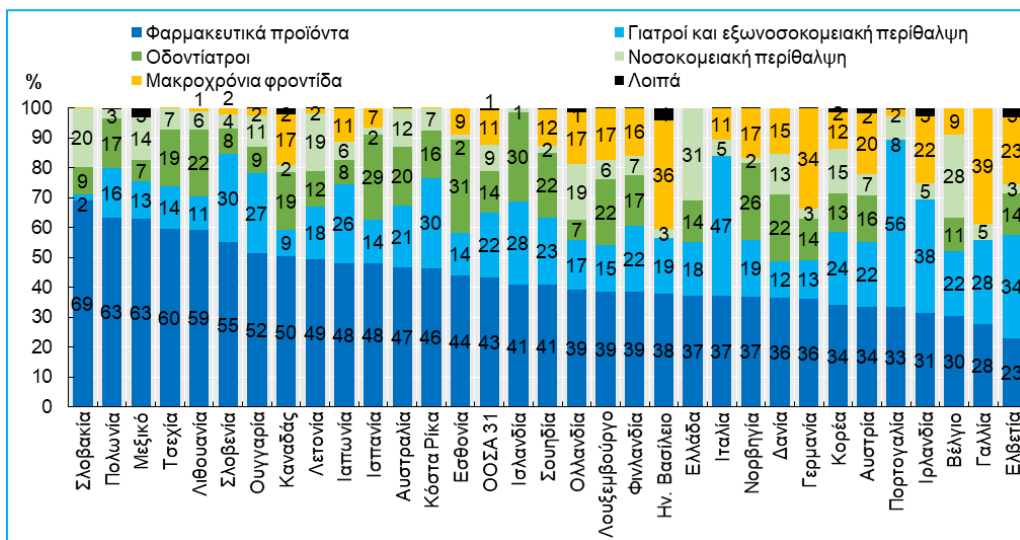
υγείας που καταναλώνεται στην Ελλάδα διαμορφώνεται σε 28% εκείνου στις ΗΠΑ. Συνολικά, η τρέχουσα δαπάνη υγείας ανέρχεται στην Ελλάδα σε 7,8% του ΑΕΠ, έναντι 8,8% στον ΟΟΣΑ36, 16,9% στις ΗΠΑ και γύρω στο 6-7% στις ευρωπαϊκές χώρες του πρώην Ανατολικού μπλοκ. Τέλος, σημειώνεται ότι η ετήσια δαπάνη για επενδύσεις στην υγεία ανέρχεται στον ΟΟΣΑ κατά μέσο όρο σε 0,6% του ΑΕΠ, με την Ελλάδα να κατατάσσεται στις τελευταίες θέσεις με 0,25% του ΑΕΠ.

Στην Ελλάδα, **το 35% των δαπανών υγείας πληρώνονται από την τσέπη των ασφαλισμένων.** Το ποσοστό αυτό είναι από τα υψηλότερα στον κόσμο, με χώρες όπως η Κίνα στο 36%, η Ρωσία στο 40%, το

Μεξικό στο 41% και η Ινδία στο 65% (μόνο το Μεξικό είναι χώρα-μέλος του ΟΟΣΑ, **Δ09**). Στην Ελλάδα (ΟΟΣΑ), από το 35% (21%) της δαπάνης που καλύπτεται από την τσέπη των ασφαλισμένων, το 37% (43%) καλύπτει δαπάνες για φάρμακα και θεραπευτικά μέσα, το 18% (22%) για γιατρούς και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, το 14% (14%) για οδοντίατρος, το 31% (9%) για νοσοκομειακή περίθαλψη, και, το <1% (11%) για παροχή μακροχρόνιας φροντίδας (**Δ10**). Τα μεγέθη αυτά αποτυπώνουν δύο μεγάλα ελλείμματα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Το πρώτο είναι ότι οι ασφαλισμένοι στην Ελλάδα, όχι μόνο πληρώνουν ένα αναλογικά μεγαλύτερο ποσοστό της δαπάνης υγείας από την τσέπη τους, αλλά και ένα μεγάλο ποσοστό



**Δ09: Μερίδια δαπάνης υγείας κατά κατηγορία χρηματοδότησης, 2017 ή τελευταίο διαθέσιμο έτος (OECD, Health at a Glance 2019)**



**Δ10: Μερίδια ιδιωτικής δαπάνης υγείας κατά κατηγορία υπηρεσιών, 2017 ή τελευταίο διαθέσιμο έτος (OECD, Health at a Glance 2019)**



από την δαπάνη αυτή κατευθύνεται στη νοσοκομειακή περίθαλψη, κυρίως σε ιδιωτικά νοσοκομεία στα οποία έχουν πρόσβαση λόγω πρόσθετης ιδιωτικής ασφάλισης. Οι πληρωμές αυτές είναι συνάρτηση της πραγματικής, και μερικές φορές εκλαμβανόμενης, διαφοράς ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών από το δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, τουλάχιστον όσον αφορά στο ποσοστό του πληθυσμού που διαθέτει τα εισοδήματα για την ανάληψη της πρόσθετης δαπάνης. Το δεύτερο είναι ότι η μεγάλη διαφορά μεταξύ Ελλάδας και της μέσης χώρας του ΟΟΣΑ, όσον αφορά στον τομέα της παροχής μακροχρόνιας φροντίδας στους ηλικιωμένους, όπου στον ΟΟΣΑ οι ασφαλισμένοι καταβάλλουν το 9% από την τσέπη τους, ενώ στην Ελλάδα σχεδόν τίποτα, καθώς η φροντίδα των ηλικιωμένων, για διάφορους λόγους, λαμβάνει χώρα στο σπίτι συνήθως από τους οικείους του ηλικιωμένου.

---

**Οι ασφαλισμένοι στην Ελλάδα, όχι μόνο πληρώνουν ένα αναλογικά μεγαλύτερο ποσοστό της δαπάνης υγείας από την τσέπη τους, αλλά και ένα μεγάλο ποσοστό από την δαπάνη αυτή κατευθύνεται στη νοσοκομειακή περίθαλψη, κυρίως σε ιδιωτικά νοσοκομεία στα οποία έχουν πρόσβαση λόγω πρόσθετης ιδιωτικής ασφάλισης. Οι πληρωμές αυτές είναι συνάρτηση της πραγματικής, και μερικές φορές εκλαμβανόμενης, διαφοράς ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών από το δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, τουλάχιστον όσον αφορά στο ποσοστό του πληθυσμού που διαθέτει τα εισοδήματα για την ανάληψη της πρόσθετης δαπάνης.**

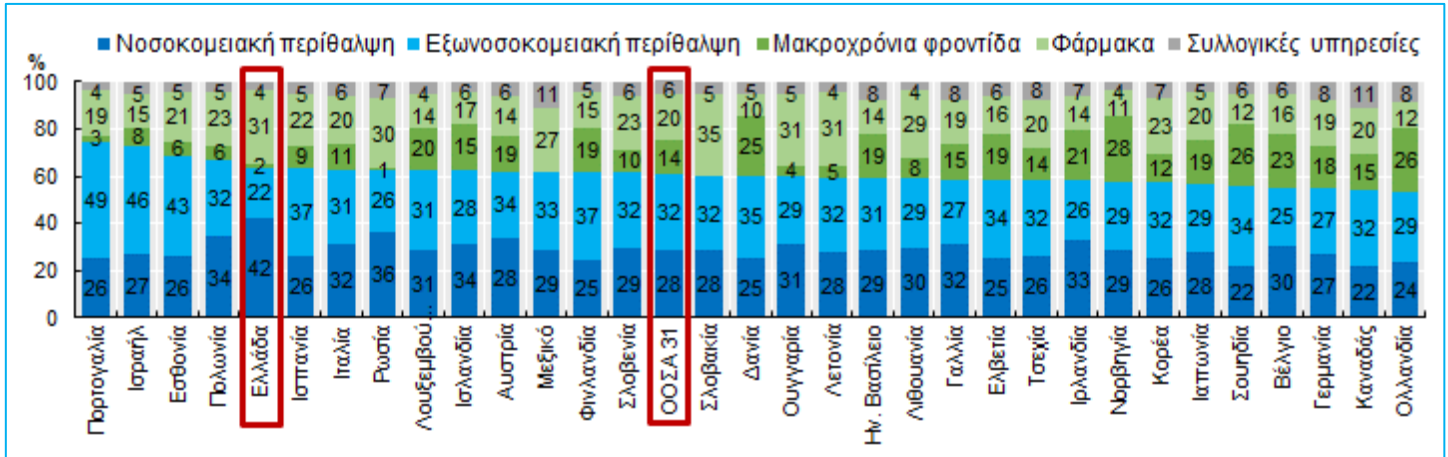
---

**Το 42% και το 31% των δαπανών φροντίδας υγείας στην Ελλάδα κατευθύνεται στην νοσοκομειακή περίθαλψη και στην κατανάλωση φαρμάκων και λοιπών ιατρικών προϊόντων αντιστοίχως, ποσοστά που είναι τα υψηλότερα στον ΟΟΣΑ, με μέσο όρο 38% και 18% αντιστοίχως.** Το υπόλοιπο, εξ αντιδιαστολής, κατευθύνεται, στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, με τους γιατρούς και τα διαγνωστικά κέντρα να απορροφούν το 18% της δαπάνης, ποσοστό που είναι το χαμηλότερο στον ΟΟΣΑ, με μέσο όρο 26% (**Δ11** και **Δ12**). Η κατανομή αυτή είναι ενδεικτική της υπερβολικής χρήσης νοσοκομειακής και φαρμακευτικής αγωγής, ενώ η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη δεν είναι αναπτυγμένη είτε επειδή είναι δαπανηρή (ιδιώτες εξειδικευμένοι γιατροί) για τον προϋπολογισμό των ασφαλισμένων, είτε επειδή τα νοσοκομεία δεν προσφέρουν υπηρεσίες γιατρών και διαγνωστικών εξετάσεων χωρίς εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο, όπως γίνεται σε άλλες χώρες, παρά μόνο σε επείγοντα περιστατικά.

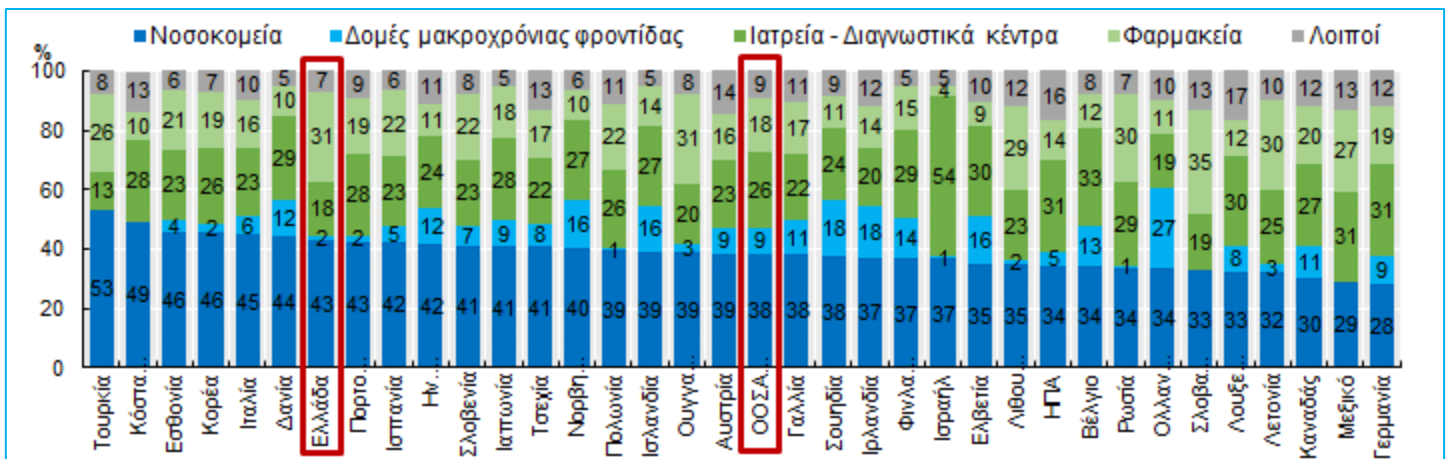
Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά στη **δαπάνη για νοσοκομειακή περίθαλψη**, η Ελλάδα (μαζί με τη Γερμανία) βρίσκεται στην πρώτη θέση των χωρών που σχεδόν όλη η δαπάνη (93%) αφορά σε φροντίδα με εισαγωγή ασθενούς (inpatient care), όταν ο μέσος όρος στον ΟΟΣΑ είναι 65%, με μόνο το 6% της δαπάνης να αφορά σε φροντίδα σε εξωτερικά ιατρεία χωρίς εισαγωγή ασθενούς (outpatient care), όταν ο αντίστοιχος μέσος όρος στον ΟΟΣΑ είναι 23% (**Δ13**). Σημειώνεται ότι σε χώρες που έχουν υψηλά ποσοστά φροντίδας σε νοσοκομεία χωρίς εισαγωγή, τα αντίστοιχα τμήματα των νοσοκομείων προσφέρουν υπηρεσίες για επείγοντα περιστατικά και ατυχήματα, για εξετάσεις ασθενών από εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό και για διαγνωστικές εξετάσεις. Σε πολλές χώρες τα τελευταία χρόνια γίνεται, επίσης, μεταφορά περιστατικών σε καθεστώς φροντίδας ημέρας, (day care), όχι μόνο λόγω μεγαλύτερης εξοικονόμησης πόρων, καθώς αφορούν σε περιστατικά που δεν απαιτείται εισαγωγή, αλλά και επειδή η φροντίδα ημέρας ενδείκνυται ως η καλύτερη επιλογή. Στην Ελλάδα, η φροντίδα ημέρας απορροφά το 2% της δαπάνης σε νοσοκομεία, με τον μέσο όρο στον ΟΟΣΑ



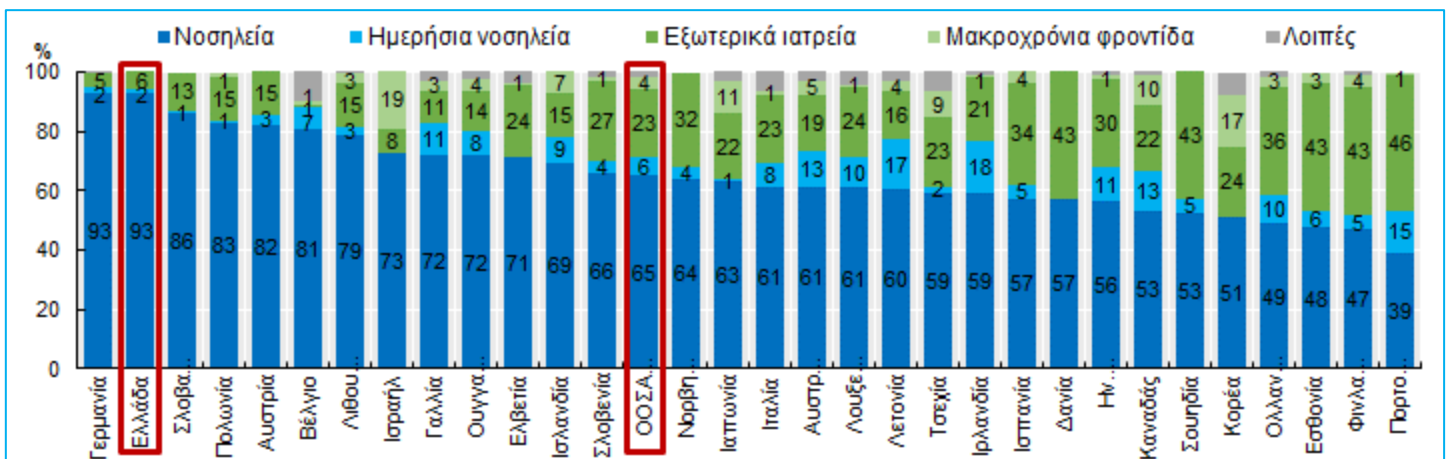
**Δ11: Μερίδια δαπάνης υγείας κατά κατηγορία υπηρεσιών, 2017 ή τελευταίο διαθέσιμο έτος (OECD, Health at a Glance 2019)**



**Δ12: Μερίδια δαπάνης υγείας κατά πάροχο, 2017 ή τελευταίο διαθέσιμο έτος (OECD, Health at a Glance 2019)**



**Δ13: Μερίδια δαπάνης νοσοκομείων κατά υπηρεσία, 2017 ή τελευταίο διαθέσιμο έτος (OECD, Health at a Glance 2019)**

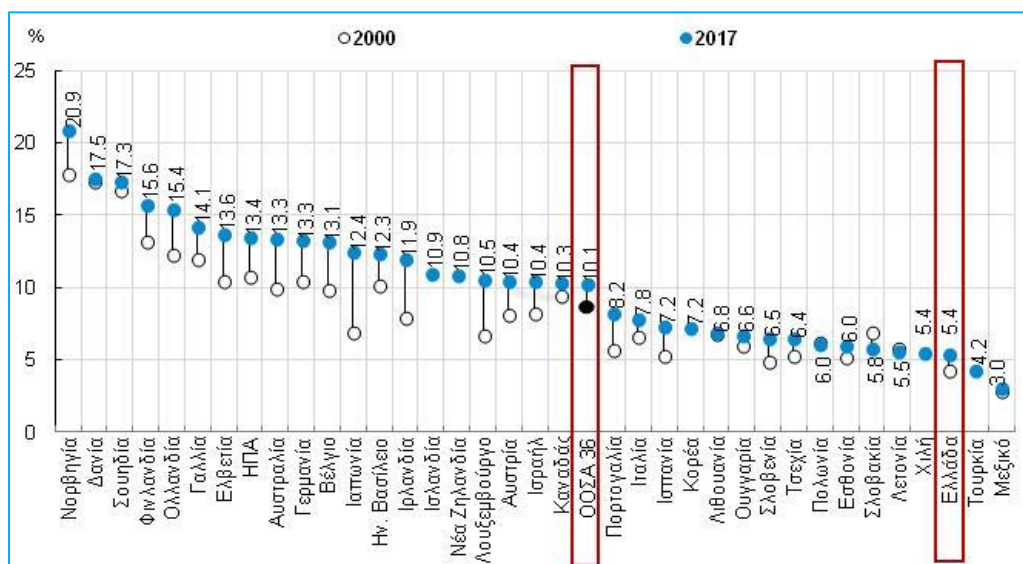




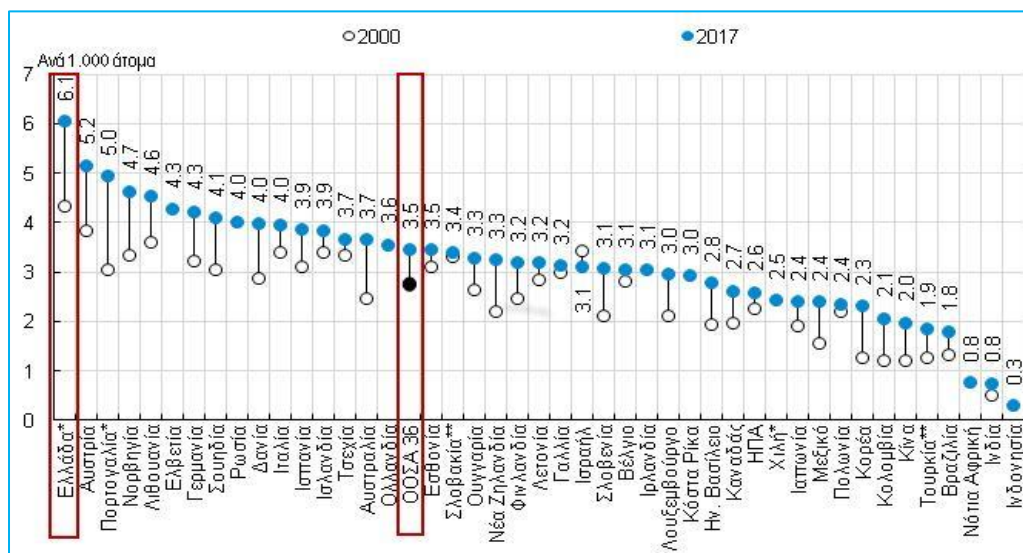
να είναι στο 6%, με τη δαπάνη αυτή να κυμαίνεται κοντά στο 15% σε χώρες όπως η Αυστραλία, ο Καναδάς και η Πορτογαλία.

Όσον αφορά στο εργατικό δυναμικό στην υγεία, η Ελλάδα κατατάσσεται με τις χώρες που έχουν τα πιο χαμηλά ποσοστά απασχόλησης. Διαθέτει, όμως, αναλογικά με τον πληθυσμό της, τον μεγαλύτερο πληθυσμό γιατρών στις αναπτυγμένες χώρες του ΟΟΣΑ.

Όσον αφορά στο εργατικό δυναμικό στους κλάδους της υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών, η Ελλάδα κατατάσσεται με τις χώρες που έχουν τα πιο χαμηλά ποσοστά απασχόλησης (5,4% έναντι 10,1% του μέσου όρου στον ΟΟΣΑ και άνω του 15% στις Σκανδιναβικές χώρες, Δ14). Διαθέτει, όμως, αναλογικά με τον πληθυσμό της, τον μεγαλύτερο πληθυσμό γιατρών στις αναπτυγμένες χώρες του ΟΟΣΑ (6,1 γιατροί ανά 1000 άτομα πληθυσμού έναντι 3,5 στον ΟΟΣΑ, αν και το μέγεθος των γιατρών της Ελλάδας είναι υπερεκτιμημένο λόγω του ότι περιλαμβάνει όλους τους γιατρούς, και όχι μόνο τους εν ενεργεία (Δ15). Η Ελλάδα έχει, επίσης, το μεγαλύτερο πληθυσμό εξειδικευμένων γιατρών στον κόσμο 82%, με την εξαίρεση των ΗΠΑ 88%, όταν ο μέσος όρος στον ΟΟΣΑ34 είναι 65%. Αντίθετα, οι γιατροί γενικής



**Δ14: Απασχόληση στην υγεία και την κοινωνική μέριμνα ως ποσοστό της συνολικής απασχόλησης, 2000 και 2017 ή τελευταίο διαθέσιμο έτος**  
([OECD, Health at a Glance 2019](#))



**Δ15: Αριθμός ιατρών ανά 1.000 άτομα πληθυσμού, 2000 και 2017 ή τελευταίο διαθέσιμο έτος**  
([OECD, Health at a Glance 2019](#))

\* Περιλαμβάνονται όλοι οι γιατροί με άδεια άσκησης επαγγέλματος.  
\*\* Περιλαμβάνονται και οι ιατροί που απασχολούνται ως διοικητικοί υπάλληλοι, εκπαιδευτές, ερευνητές κλπ (περίπου 5% - 10% επιπλέον άτομα).

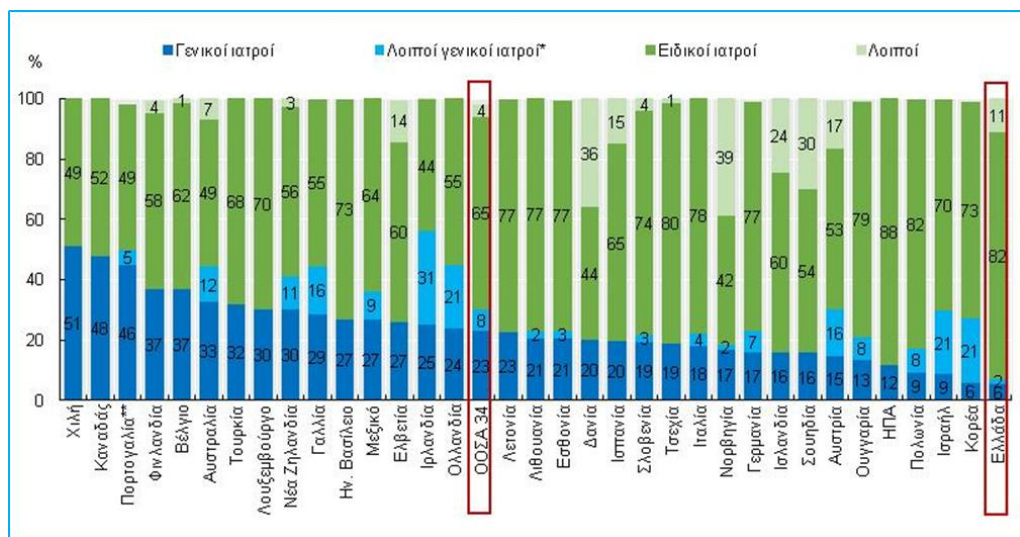




ιατρικής αποτελούν το 5% του συνόλου, έναντι 23% στον ΟΟΣΑ34 (Δ16). Δεν είναι, λοιπόν, παράξενο που η Ελλάδα έχει πρόβλημα στελέχωσης των θέσεων οικογενειακών γιατρών (γενικοί γιατροί, παθολόγοι, παιδίατροι), που θα είναι υπεύθυνοι για την παραπομπή των ασθενών σε γιατρούς άλλων ειδικοτήτων, σε μια προσπάθεια εξορθολογισμού των δημοσίων δαπανών υγείας.

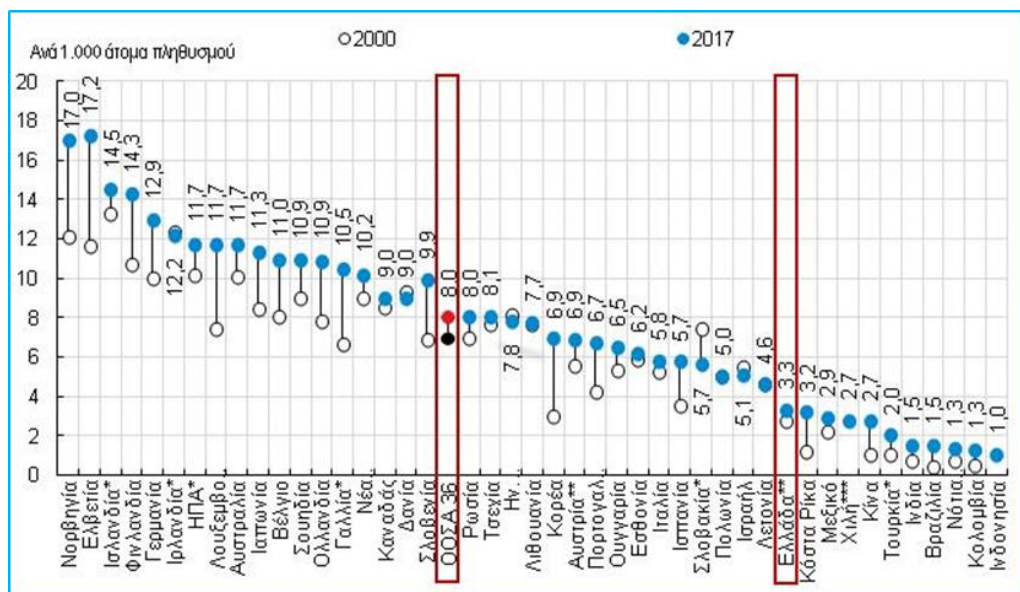
Αντίθετα, η χώρα μας διαθέτει σχετικά μικρό πληθυσμό νοσηλευτών (3,3 νοσηλευτές ανά 1000 άτομα πληθυσμού έναντι 8,8 στον ΟΟΣΑ), με το μέγεθος της Ελλάδας να είναι σχετικά υποεκτιμημένο μιας και δεν περιλαμβάνει νοσηλευτές που δεν έρχονται σε άμεση επαφή με τους ασθενείς εντός

νοσοκομείων ή εργάζονται εκτός νοσοκομείων (Δ17). Ο λόγος νοσηλευτών προς γιατρούς στα νοσοκομεία στην Ελλάδα είναι 1:1 (από τους χαμηλότερους λόγους σε όλο τον κόσμο), όταν στον ΟΟΣΑ36 ο λόγος είναι 2,7:1 (Δ18 και Δ19). Σημειώνεται ότι στον λόγο αυτό περιλαμβάνονται μόνο οι επαγγελματίες νοσηλευτές για την Ελλάδα, καθώς οι βοηθοί επαγγελματιών νοσηλευτικής δεν καταγράφονται ως νοσηλευτές, μιας και δεν διαθέτουν τα ίδια προσόντα με τους επαγγελματίες νοσηλευτές, ενδεχομένως και λόγω μεθοδολογικών λαθών και παραλείψεων. Εάν συμπεριληφθούν και οι βοηθοί επαγγελματιών νοσηλευτικής, τότε ο λόγος 1:1 διαμορφώνεται σε 1,63:1. Ο χαμηλός αυτός λόγος νοσηλευτών προς γιατρούς ήταν ακόμα χαμηλότερος πριν την κρίση και,



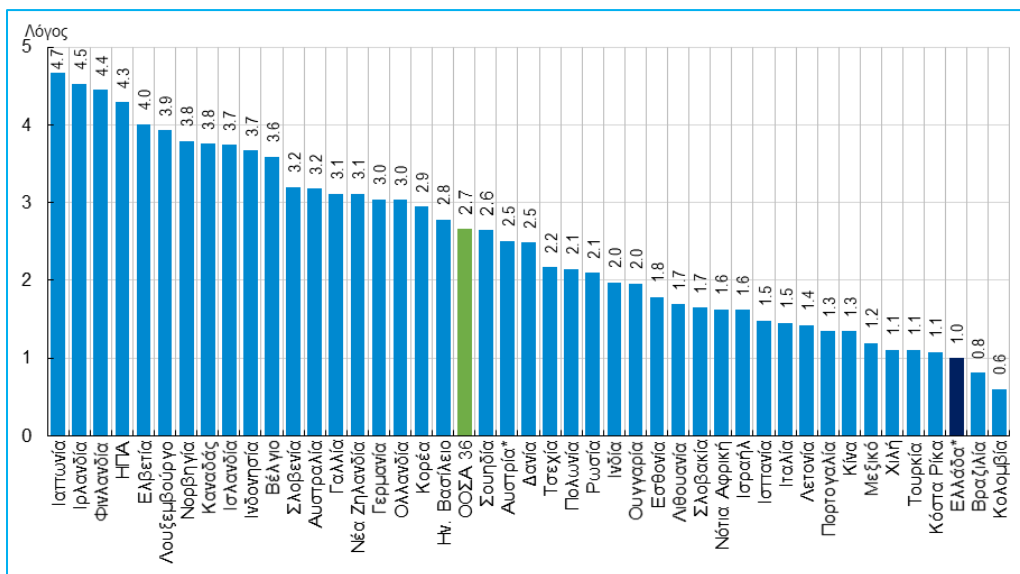
**Δ16: Κατανομή ιατρών ανά κατηγορία ειδικοτήτων, 2017 ή τελευταίο διαθέσιμο έτος (OECD, Health at a Glance 2019)**

\* Περιλαμβάνονται μη εξειδικευμένοι ιατροί που απασχολούνται σε νοσοκομεία και απόφοιτοι ιατρικής που δεν έχουν ξεκινήσει εκπαίδευση ειδικότητας.  
 \*\* Στην Πορτογαλία μόνο το 30% των ιατρών που απασχολούνται στο δημόσιο τομέα εργάζονται ως γενικοί ιατροί στην πρωτοβάθμια φροντίδα και το υπόλοιπο 70% εργάζονται σε νοσοκομεία.



**Δ17: Αριθμός ιατρών ανά 1.000 άτομα πληθυσμού, 2000 και 2017 ή τελευταίο διαθέσιμο έτος (OECD, Health at a Glance 2019)**

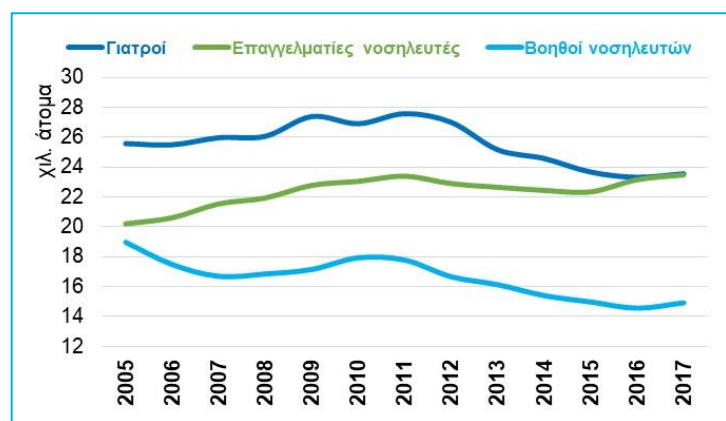
\* Περιλαμβάνονται όλοι οι γιατροί με άδεια άσκησης επαγγέλματος.  
 \*\* Περιλαμβάνονται και οι ιατροί που απασχολούνται ως διοικητικοί υπάλληλοι, εκπαιδευτές, ερευνητές κλπ (περίπου 5% - 10% επιπλέον άτομα).



**Δ18: Λόγος νοσηλευτών προς γιατρούς** (OECD, [Health at a Glance 2019](#))

\* Στην Ελλάδα και την Αυστρία τα στοιχεία αναφέρονται μόνο σε γιατρούς και νοσηλευτές που εργάζονται σε νοσοκομεία.

**Δ19: Αριθμός γιατρών, νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών που εργάζονται σε νοσοκομείο στην Ελλάδα** (OECD, [Health at a Glance 2019](#))



συνεπώς, δεν οφείλεται στην καταγραφείσα μείωση του αριθμού των γιατρών στην περίοδο της οικονομικής κρίσης λόγω μετανάστευσης στο εξωτερικό και τη μείωση των προσλήψεων σε νοσηλευτές λόγω της συμπίεσης των δαπανών για να μειωθούν τα δημοσιονομικά ελλείμματα. Σε κάθε περίπτωση, τα νοσοκομεία στην Ελλάδα εμφανίζονται να λειτουργούν με λιγότερους νοσηλευτές ανά γιατρό απ' ότι στις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ. Αυτό ίσως σημαίνει ότι απαιτούνται να προσληφθούν και άλλοι νοσηλευτές, ή ότι οι νοσηλευτές πρέπει να αναλάβουν και πρόσθετα ιατρικά καθήκοντα, ώστε να απελευθερωθεί χρόνος γιατρών που θα διατεθεί σε αυστηρά ιατρική αγωγή των ασθενών, σε συνδυασμό με αναβαθμισμένο πλαίσιο κατάρτισης και αμοιβών.

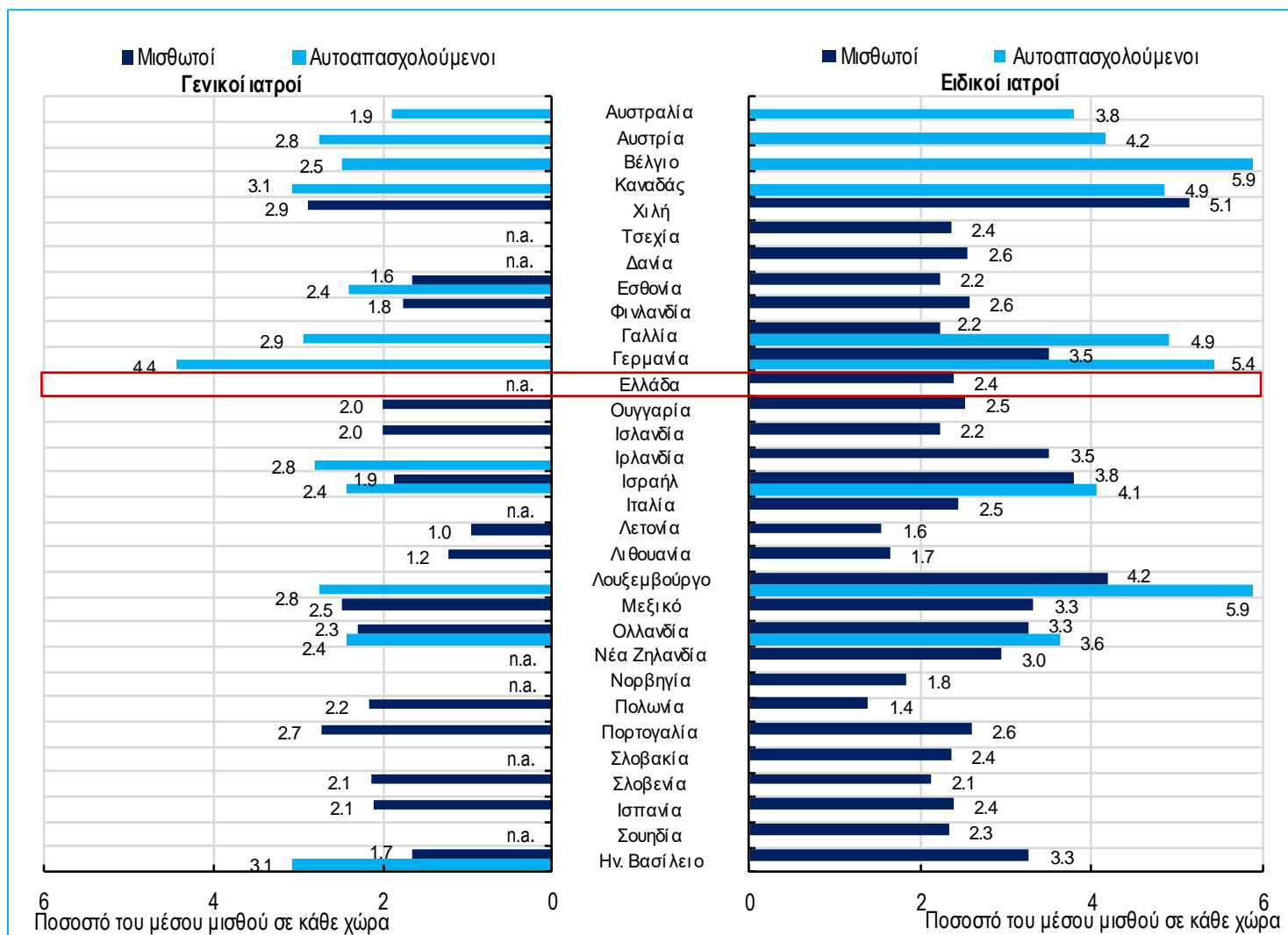
Τα νοσοκομεία στην Ελλάδα εμφανίζονται να λειτουργούν με λιγότερους νοσηλευτές ανά γιατρό απ' ότι στις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ. Αυτό ίσως σημαίνει ότι απαιτούνται να προσληφθούν και άλλοι νοσηλευτές, ή ότι οι νοσηλευτές πρέπει να αναλάβουν και πρόσθετα ιατρικά καθήκοντα, ώστε να απελευθερωθεί χρόνος γιατρών που θα διατεθεί σε αυστηρά ιατρική αγωγή των ασθενών, σε συνδυασμό με αναβαθμισμένο πλαίσιο κατάρτισης και αμοιβών.



Όσον αφορά στις **αμοιβές του προσωπικού υγείας** στην Ελλάδα, οι γιατροί που είναι εξειδικευμένοι και εργάζονται ως μισθωτοί αμείβονται με 2,4 φορές την αμοιβή του μέσου μισθωτού, που είναι περίπου το επίπεδο αμοιβών σε όλη την Ευρώπη, με την εξαίρεση του Ηνωμένου Βασιλείου, της Ιρλανδίας και της Γερμανίας όπου οι αμοιβές είναι περίπου 3,5 φορές ο μέσος μισθός (**Δ20**). Σε όσες χώρες (δεν υπάρχουν στοιχεία για Ελλάδα) καταγράφονται οι αμοιβές των αυτοαπασχολούμενων εξειδικευμένων γιατρών, οι αμοιβές τείνουν να προσεγγίζουν σε επίπεδα διπλάσια περίπου εκείνων των μισθωτών εξειδικευμένων γιατρών. Δεν υπάρχουν, επίσης, στοιχεία για την Ελλάδα όσον αφορά σε αμοιβές των γενικών γιατρών, αλλά στις χώρες που υπάρχουν, είναι οριακά χαμηλότερες εκείνων των εξειδικευμένων γιατρών. Οι

νοσηλευτές που εργάζονται σε νοσοκομεία αμείβονται περίπου με τον ίδιο μισθό του μέσου μισθωτού στις περισσότερες χώρες, με τους μισθούς των νοσηλευτών στην Ελλάδα να ανέρχονται σε 1,2 φορές της αμοιβής του μέσου μισθωτού (**Δ21**). Ανάγοντας τα ποσοστά αυτά σε χρήματα (σε USD, που για λόγους διεθνών συγκρίσεων εκτιμώνται σε όρους σχετικής αγοραστικής δύναμης, και που για χώρες όπως η Ελλάδα είναι σημαντικά πιο πάνω από τις πραγματικές αμοιβές) προκύπτει ότι οι αμοιβές των νοσηλευτών στην Ελλάδα είναι 33,9 χιλ. ετησίως, με μέσο όρο στον ΟΟΣΑ στις 49 χιλ., στη Γερμανία στις 53,6 χιλ. και στις ΗΠΑ στις 75,8 χιλ., και, τέλος, σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες από τον πρώην Ανατολικό μπλοκ σε επίπεδα κάτω από εκείνα της Ελλάδας. Οι διαφορές στις αμοιβές αυτές εξηγούν και την μετανάστευση

**Δ20: Αμοιβές ιατρών ως ποσοστό του μέσου μισθού, 2017 ή τελευταίο διαθέσιμο έτος (OECD, Health at a Glance 2019)**



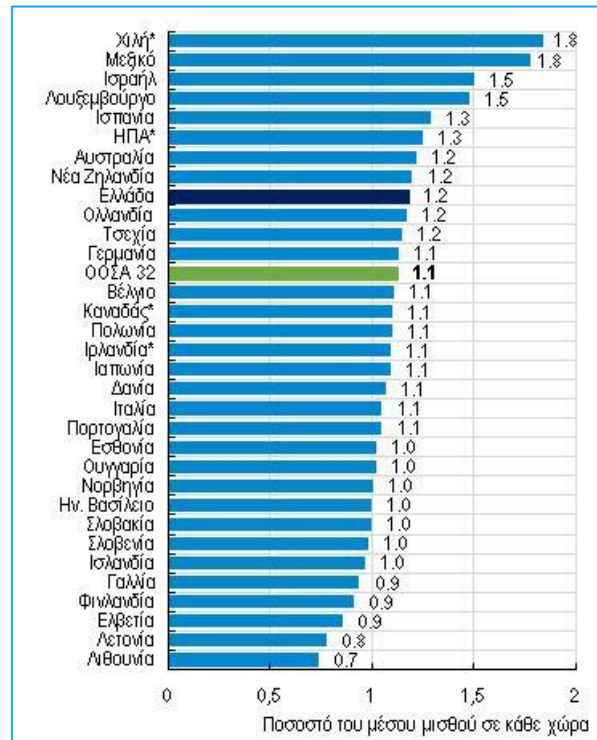


νοσηλευτών που παρατηρείται από χώρες σχετικά χαμηλών, σε χώρες σχετικά υψηλών, αμοιβών, όπως είναι οι χώρες της δυτικής Ευρώπης και οι ΗΠΑ.

Η Ελλάδα διαθέτει περισσότερους τομογράφους απ' ό τι η μέση χώρα στον ΟΟΣΑ (34 αξονικούς και 27 μαγνητικούς τομογράφους ανά 1 εκατ. πληθυσμού, έναντι 27 και 17 αντιστοίχως στη μέση χώρα του ΟΟΣΑ, αν και τα στοιχεία έχουν μεθοδολογικά προβλήματα), με 43/38 στις ΗΠΑ και 35/35 στη Γερμανία, και 9/7 στο Ηνωμένο Βασίλειο, με το τελευταίο να εμφανίζει τεράστιους χρόνους αναμονής για απεικονιστικές εξετάσεις.

Όσον αφορά την **χρήση ιατρικών τεχνολογιών**, στη μελέτη του ΟΟΣΑ παρουσιάζονται στοιχεία για τη διαθεσιμότητα αξονικών και μαγνητικών τομογράφων και τον αριθμό των σχετικών εξετάσεων. Η Ελλάδα διαθέτει περισσότερους τομογράφους απ' ό τι η μέση χώρα στον ΟΟΣΑ (34 αξονικούς και 27 μαγνητικούς τομογράφους ανά 1 εκατ. πληθυσμού, έναντι 27 και 17 αντιστοίχως στη μέση χώρα του ΟΟΣΑ, αν και τα στοιχεία έχουν μεθοδολογικά προβλήματα), με 43/38 στις ΗΠΑ και 35/35 στη Γερμανία, και 9/7 στο Ηνωμένο Βασίλειο, με το τελευταίο να εμφανίζει τεράστιους χρόνους αναμονής για απεικονιστικές εξετάσεις. Σε ετήσια βάση, στην Ελλάδα γίνονται 150 αξονικές και 64 μαγνητικές τομογραφίες ανά 1000 άτομα πληθυσμού, όσες περίπου και στον ΟΟΣΑ (148 και 67 αντιστοίχως, **Δ22**). Σημειώνεται ότι αν και δεν υπάρχουν οδηγίες για τον άριστο αριθμό τομογράφων, συνήθως σε περιπτώσεις όπου τα μεγέθη είναι υπερβολικά υψηλά, η τάση είναι να χρησιμοποιούνται χωρίς σημαντικό πρόσθετο διαγνωστικό όφελος για τους ασθενείς.

**Δ21: Αμοιβές νοσηλευτών ως ποσοστό του μέσου μισθού, 2017 ή τελευταίο διαθέσιμο έτος (OECD, Health at a Glance 2019)**



\* Περιλαμβάνονται οι εγγεγραμμένοι (επαγγελματίες) νοσηλευτές.

**Δ22: Αξονικοί και μαγνητικοί τομογράφοι, αριθμός εξετάσεων και νοσοκομειακές κλίνες στην Ελλάδα και τον ΟΟΣΑ, 2017 ή τελευταίο διαθέσιμο έτος (OECD, Health at a Glance 2019)**

	Ελλάδα	Μ.Ο. ΟΟΣΑ
<b>Αξονικοί τομογράφοι</b> (ανά εκατ. άτομα)	34,2	26,8
<b>Μαγνητικοί τομογράφοι</b> (ανά εκατ. άτομα)	26,5	16,7
<b>Αριθμός αξονικών τομογραφιών</b> (ανά 1.000 άτομα)	150,3	147,8
<b>Αριθμός μαγνητικών τομογραφιών</b> (ανά 1.000 άτομα)	64,0	66,7
<b>Αριθμός νοσοκομειακών κλινών</b> (ανά 1.000 άτομα)	4,2	4,7

Όσον αφορά την άριστη **χρήση των κλινών στα νοσοκομεία**, η Ελλάδα διαθέτει 4,2 κλίνες ανά 1000 άτομα πληθυσμού, όταν ο μέσος όρος στον ΟΟΣΑ είναι 4,7, με 2,8 στις ΗΠΑ και 2,5 στο Ηνωμένο Βασίλειο και 8 στη Γερμανία. Ετησίως, τα ελληνικά νοσοκομεία δίνουν εξιτήριο σε 146 ασθενείς ανά 1000 άτομα πληθυσμού, έναντι 154 στον ΟΟΣΑ36, 125 στις ΗΠΑ, 131 στο Ηνωμένο Βασίλειο και 255 στη Γερμανία. Η μέση διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο

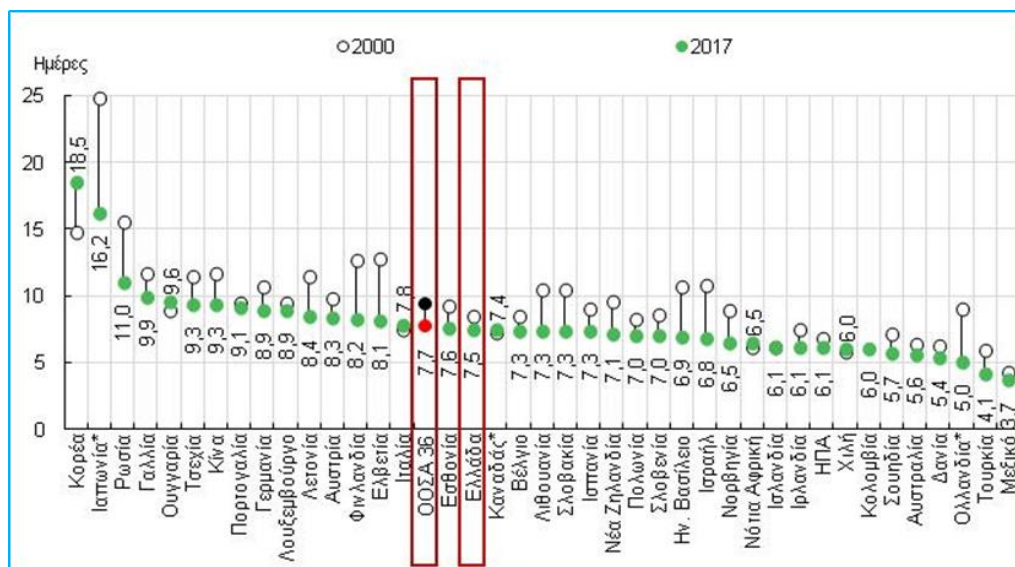




είναι 7,5 ημέρες στην Ελλάδα, όταν ο μέσος όρος στον ΟΟΣΑ36 είναι 7,7 ημέρες, 6,1 στις ΗΠΑ, 6,9 στο Ηνωμένο Βασίλειο και 8,9 στη Γερμανία. Υπάρχουν αναπτυγμένες χώρες όπως η Γαλλία με σχετικά υψηλή μέση διάρκεια παραμονής (9,9 ημέρες), αλλά και χώρες όπως η Ολλανδία και οι Σκανδιναβικές χώρες με σχετικά χαμηλή μέση διάρκεια παραμονής, που ενδεχομένως αντανακλούν διαφορετικές εθνικές ιδιοσυγκρασίες, ιδιαιτερότητες, και ευαισθησίες απέναντι στην αποτελεσματική χρήση των διαθέσιμων πόρων (Δ23). Συνολικά, στην Ελλάδα η πληρότητα των κλινών που χρησιμοποιούνται για θεραπευτική αγωγή στα νοσοκομεία είναι η χαμηλότερη στον κόσμο (61,5% έναντι 75,2% στον ΟΟΣΑ28, 64% στις ΗΠΑ, 84,3% στο Ηνωμένο Βασίλειο και 79,8% στη Γερμανία). Η χαμηλή πληρότητα μπορεί να είναι ένδειξη σπατάλης πόρων λόγω κακού σχεδιασμού.

Στην Ελλάδα η πληρότητα των κλινών που χρησιμοποιούνται για θεραπευτική αγωγή στα νοσοκομεία είναι η χαμηλότερη στον κόσμο (61,5% έναντι 75,2% στον ΟΟΣΑ28, 64% στις ΗΠΑ, 84,3% στο Ηνωμένο Βασίλειο και 79,8% στη Γερμανία). Η χαμηλή πληρότητα μπορεί να είναι ένδειξη σπατάλης πόρων λόγω κακού σχεδιασμού.

Όσον αφορά την **φαρμακευτική δαπάνη**, η κατανάλωση φαρμάκων λιανικής (εκτός νοσοκομείου) κατά κεφαλήν στην Ελλάδα εξακολουθεί να είναι υψηλότερη απ' ό,τι στη μέση χώρα του ΟΟΣΑ (USD 603 έναντι 564 στον ΟΟΣΑ34, 1220 στις ΗΠΑ, 469 στο Ηνωμένο Βασίλειο, 823 στη Γερμανία), με τα συνταγογραφούμενα φάρμακα να απορροφούν σχεδόν όλη την δαπάνη (Δ24). Όσον αφορά στην χρηματοδότηση της φαρμακευτικής δαπάνης λιανικής, στην Ελλάδα το 54% πληρώνεται από δημόσια/ υποχρεωτικά σχήματα και το 46% από τους ίδιους τους χρήστες (Δ25). Στον ΟΟΣΑ, τα αντίστοιχα μεγέθη είναι 58% και 39%, με χώρες όπως η Γερμανία και η Γαλλία να καταγράφουν ακραίες τιμές (84%/ 16% και 80%/ 13% αντιστοίχως). Σημειώνεται ότι η συνολική φαρμακευτική δαπάνη (εντός και εκτός νοσοκομείων) έχει μειωθεί αντιστοίχως για τις δύο αυτές κατηγορίες στην Ελλάδα κατά -5% και -5,4% ετησίως κατά μέσο όρο σε σταθερές τιμές 2010 στην περίοδο 2008 – 2018 (κυρίως λόγω των Μνημονίων). Επίσης, η Ελλάδα διαθέτει 105 φαρμακοποιούς ανά 100 χιλ. πληθυσμού, έναντι 83 στον ΟΟΣΑ35 κατά μέσο όρο, ενώ λειτουργούν 88 τοπικά φαρμακεία ανά 100 χιλ. πληθυσμού, έναντι 29 στον ΟΟΣΑ25, που καθιστούν την Ελλάδα τη χώρα με τα περισσότερα φαρμακεία στον αναπτυγμένο κόσμο, με την Ισπανία να έρχεται δεύτερη και πολύ πιο πίσω με 47 φαρμακεία ανά 100 χιλ. πληθυσμού, και τη Δανία τελευταία στην κατάταξη με 7 φαρμακεία ανά 100 χιλ. πληθυσμού.

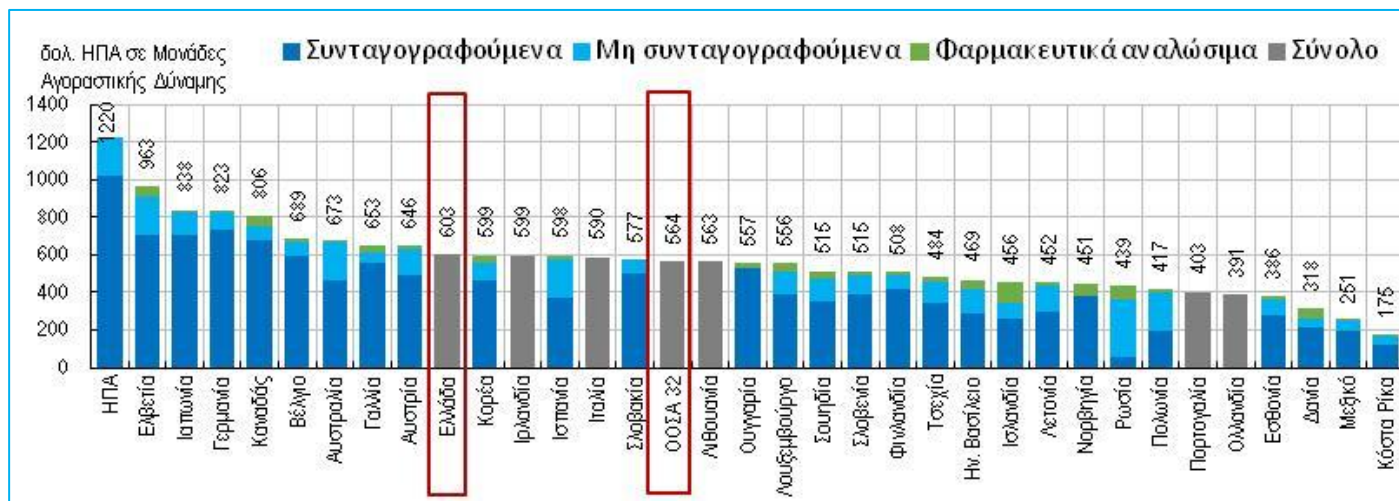


**Δ23: Μέση διάρκεια παραμονής σε νοσοκομείο, 2000 και 2017 ή τελευταίο διαθέσιμο έτος (OECD, [Health at a Glance 2019](#))**

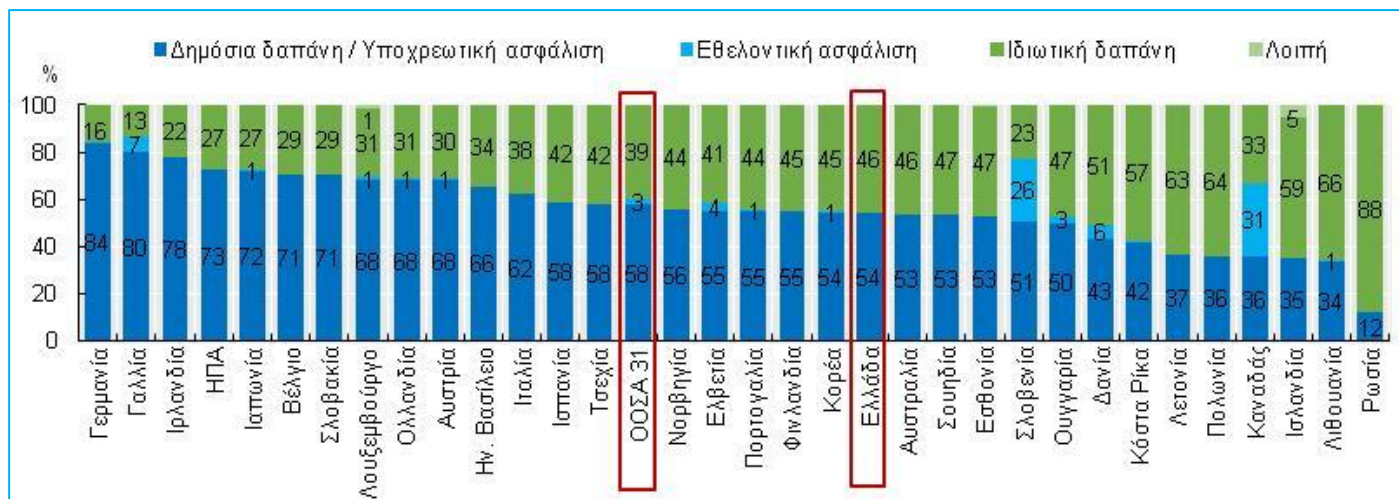
\* Περιλαμβάνεται μόνο η διάρκεια παραμονής σε κλινικές (θεραπευτική φροντίδα).



**Δ24: Φαρμακευτική δαπάνη εκτός νοσοκομείου κατά κεφαλή, 2017 ή τελευταίο διαθέσιμο έτος (OECD, Health at a Glance 2019)**



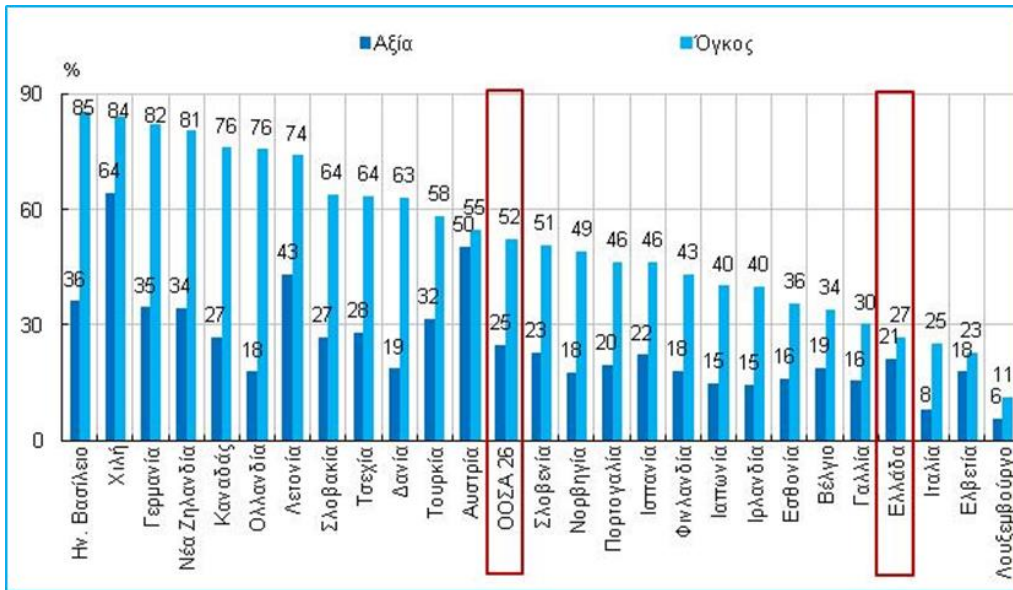
**Δ25: Φαρμακευτική δαπάνη εκτός νοσοκομείου κατά σχήμα χρηματοδότησης, 2017 ή τελευταίο διαθέσιμο έτος (OECD, Health at a Glance 2019)**



Τέλος, το μερίδιο των γενοσήμων στην Ελλάδα ανέρχεται σε 21% σε αξία και 27% σε όγκο, με το μέσο όρο στον ΟΟΣΑ26 σε 25% σε αξία και 52% σε όγκο (Δ26). Το μερίδιο της Ελλάδας είναι από τα χαμηλότερα στον αναπτυγμένο κόσμο, αν και οι διάφορες χώρες έχουν διαφορετικές προσεγγίσεις όσον αφορά στη χρήση των γενοσήμων. Χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο (85% σε όγκο) και η Γερμανία (84% σε όγκο) βρίσκονται στην πρωτοπορία της χρήσης γενοσήμων, ένδειξη αποτελεσματικότητας όσον αφορά στον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης. Στην Ελλάδα, παρά το αντικίνητρο που έχει εισαχθεί στην κατανάλωση πρωτότυπων φαρμάκων, με τον

χρήστη να πληρώνει τη διαφορά στη συμμετοχή μεταξύ γενοσήμου και πρωτοτύπου, δεν φαίνεται να καταγράφεται πρόοδος στη χρήση γενοσήμων.

Σημειώνεται, εν προκειμένω, ότι στις χώρες του ΟΟΣΑ, την τελευταία εικοσαετία έχει διπλασιασθεί, και σε μερικές περιπτώσεις υπερδιπλασιασθεί, η κατανάλωση τεσσάρων ειδών φαρμάκων που αντιμετωπίζουν ασθένειες που συσχετίζονται κυρίως με την ηλικία, όπως είναι **τα φάρμακα κατά της πίεσης, της χοληστερίνης, του διαβήτη και της κατάθλιψης**. Το 2017 η κατανάλωση των φαρμάκων αυτών στην Ελλάδα σε ποσότητες αναγόμενες σε ποσοστά του πληθυσμού που καταναλώνουν το



**Δ26: Μερίδιο γενόσημων στο σύνολο των φαρμάκων, 2017 ή τελευταίο διαθέσιμο έτος**  
(OECD, *Health at a Glance 2019*)

φάρμακο σε ημερήσια βάση δια βίου, διαμορφωνόταν ως εξής: **φάρμακα για την πίεση**: 30,4% στην Ελλάδα, 32% στον ΟΟΣΑ28 και 59,3% (max) στη Γερμανία, **φάρμακα για την χοληστερίνη**: 11,6% στην Ελλάδα, 10,3% στον ΟΟΣΑ28 και 14,9% (max) στο Ηνωμένο Βασίλειο, **φάρμακα για τον διαβήτη**: 8,1% στην Ελλάδα, 6,8% στον ΟΟΣΑ28 και 9,2% (max) στη Φινλανδία, και, τέλος, **φάρμακα για την κατάθλιψη**: 5,5% στην Ελλάδα, 6,3% στον ΟΟΣΑ20 και 14,1% (max) στην Ισλανδία (Δ27).

**Δ27: Κατανάλωση φαρμάκων για την υπέρταση, τη χοληστερίνη, τον διαβήτη και την κατάθλιψη 2017 ή τελευταίο διαθέσιμο έτος**  
(OECD, *Health at a Glance 2019*)

Ποσοστό πληθυσμού που καταναλώνει το φάρμακο σε ημερήσια βάση δια βίου	Ελλάδα	Μ.Ο. ΟΟΣΑ
Φάρμακα για την υπέρταση	30,4	32,0
Φάρμακα για την χοληστερίνη	11,6	10,3
Φάρμακα για τον διαβήτη	8,1	6,8
Αντικαταθλιπτικά φάρμακα	5,5	6,3

Στις χώρες του ΟΟΣΑ την τελευταία εικοσαετία έχει διπλασιασθεί, και σε μερικές περιπτώσεις υπερδιπλασιασθεί, η κατανάλωση τεσσάρων ειδών φαρμάκων που αντιμετωπίζουν ασθένειες που συσχετίζονται κυρίως με την ηλικία, όπως είναι τα φάρμακα κατά της πίεσης, της χοληστερίνης, του διαβήτη και της κατάθλιψης.

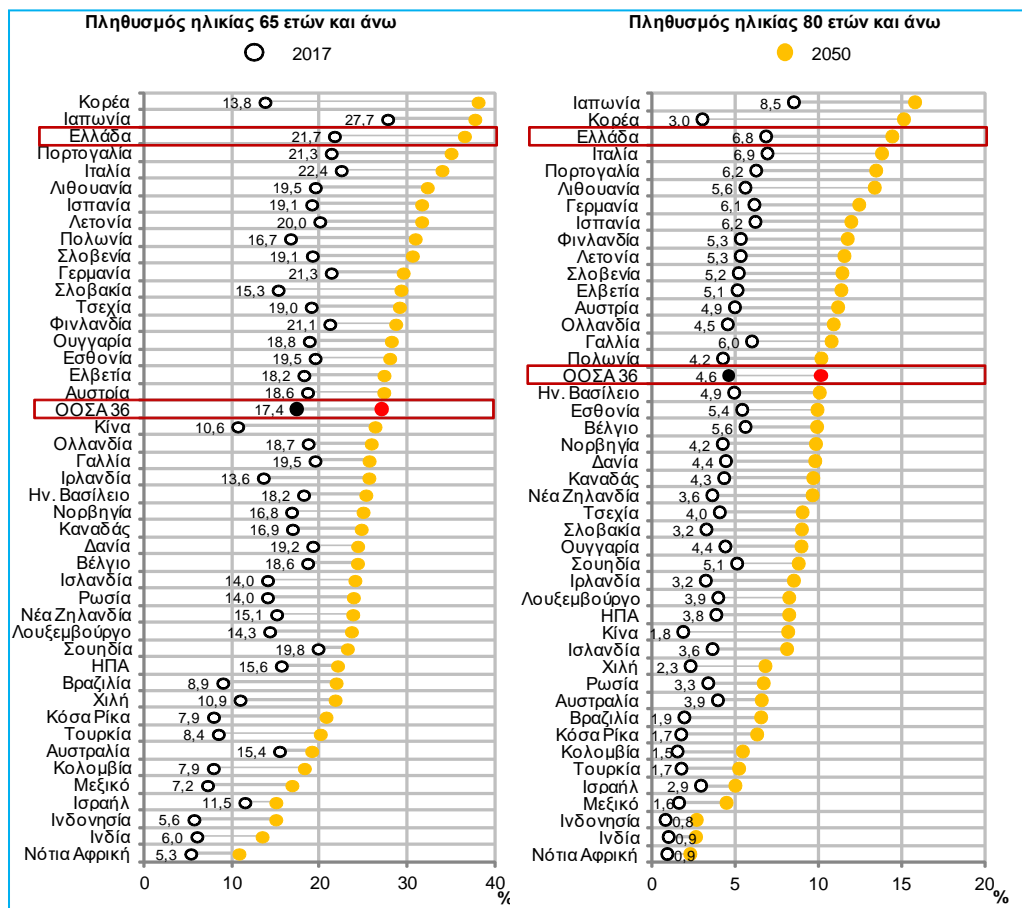




Όσον αφορά, τέλος, στη **γήρανση του πληθυσμού**, η Ελλάδα (2017) είναι η χώρα με τους περισσότερους ηλικιωμένους στον αναπτυσσόμενο κόσμο (με την εξαίρεση της Κορέας και της Ιαπωνίας), με 21,7% του πληθυσμού της να είναι 65 χρονών και άνω, και το 6,8% 80 χρονών και άνω, όταν ο μέσος όρος στον ΟΟΣΑ είναι 17,4% και 4,6% αντιστοίχως (Δ28). Το 2050, στην Ελλάδα, οι άνω των 65 και οι άνω των 80 χρονών θα αντιπροσωπεύουν το 37% και 14% αντιστοίχως, και η χώρα θα βρίσκεται στην ίδια θέση με το 2017, δηλαδή 3<sup>η</sup> από την κορυφή μετά την Κορέα και την Ιαπωνία. Το προσδόκιμο ζωής σε άτομα ηλικίας 65 ετών είναι 20 χρόνια. Στις γυναίκες, το προσδόκιμο ζωής είναι 21,4 χρόνια με 13,6 χρόνια υγιούς διαβίωσης και 7,8 χρόνια με κάποιους περιορισμούς στην κινητικότητα, και στους άνδρες είναι 18,6 χρόνια, με 10,5 χρόνια υγιούς διαβίωσης και 8,1 χρόνια με περιορισμούς στην δραστηριότητα (Δ29 και Δ30). Επίσης, 20,4 ανά 1000 άτομα πληθυσμού στην Ελλάδα πάσχουν από άνοια το 2019, μέγεθος που αναμένεται να διπλασιαστεί και να φτάσει τα 38,9 άτομα το 2050. Ενώ, λοιπόν, ο πληθυσμός γερνάει και

ζει όλο και περισσότερο, η δυνατότητα της χώρας μας να προσφέρει μακροχρόνια φροντίδα στους ηλικιωμένους είναι μάλλον περιορισμένη.

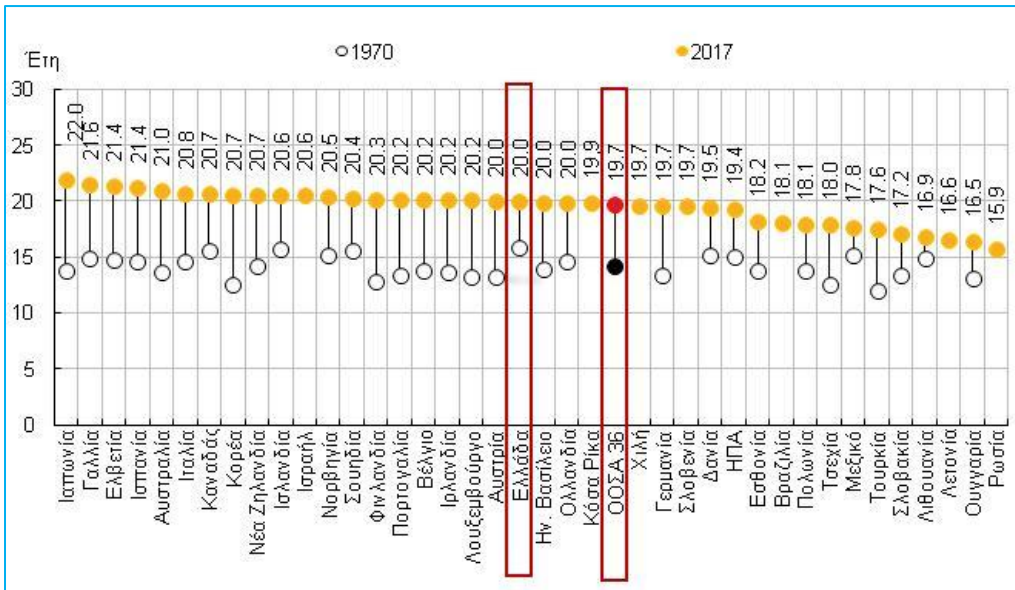
Η Ελλάδα (2017) είναι η χώρα με τους περισσότερους ηλικιωμένους στον αναπτυσσόμενο κόσμο (με την εξαίρεση της Κορέας και της Ιαπωνίας), με 21,7% του πληθυσμού της να είναι 65 χρονών και άνω, και το 6,8% 80 χρονών και άνω, όταν ο μέσος όρος στον ΟΟΣΑ είναι 17,4% και 4,6% αντιστοίχως. Το 2050, στην Ελλάδα, οι άνω των 65 και οι άνω των 80 χρονών θα αντιπροσωπεύουν το 37% και 14% αντιστοίχως.



**Δ28: Μεριδίο πληθυσμού ηλικίας 65 ετών και 80 ετών και άνω, 2017 και 2050**

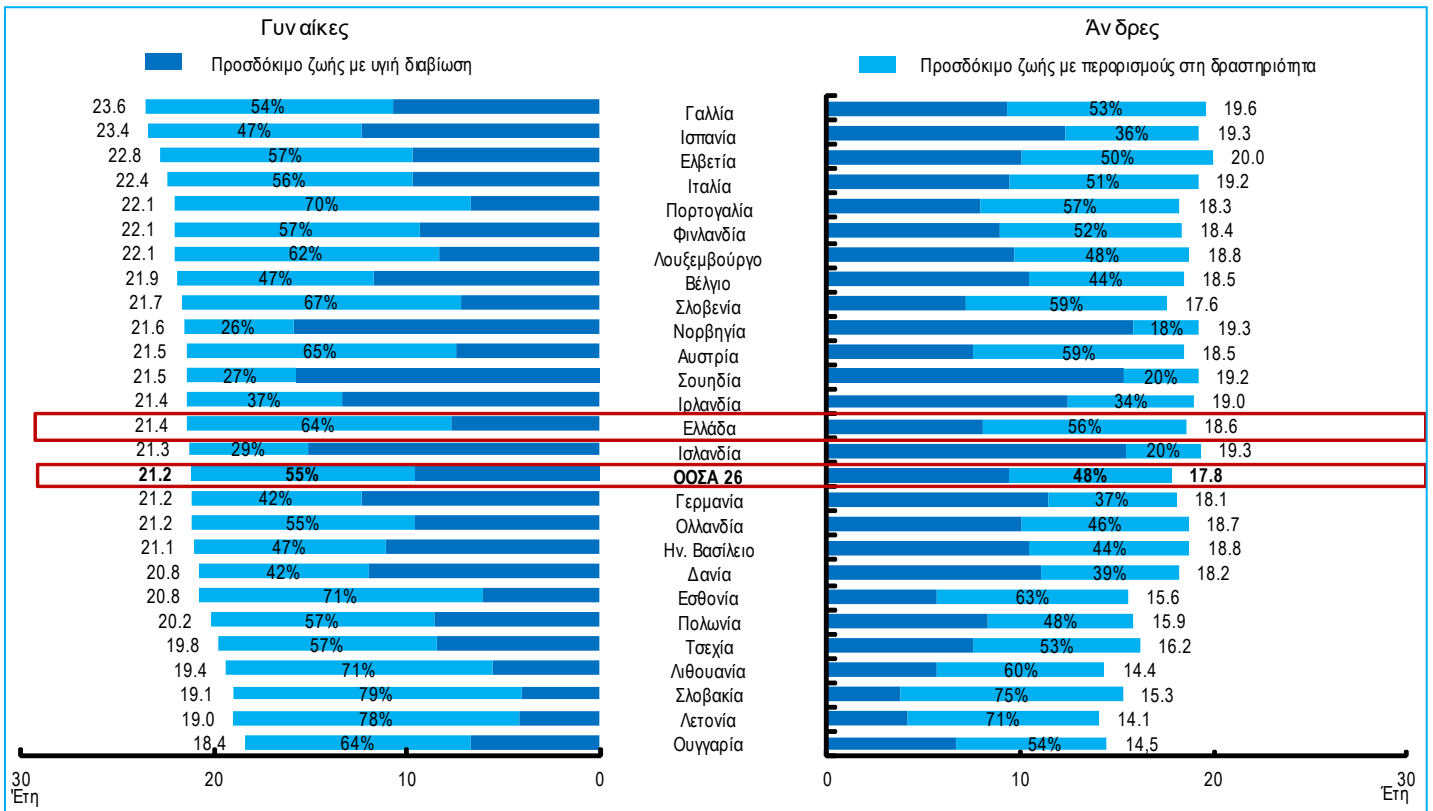
(OECD, [Health at a Glance 2019](#))





**Δ29: Προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών, 1970 και 2017 η τελευταίο διαθέσιμο έτος**  
(OECD, *Health at a Glance 2019*)

**Δ30: Προσδόκιμο ζωής και έτη υγιούς διαβίωσης στην ηλικία των 65 ετών κατά φύλο, 2017 η τελευταίο διαθέσιμο έτος**





Η Ελλάδα, παρόλο που είναι η τρίτη πιο γερασμένη χώρα στον αναπτυσσόμενο κόσμο, δεν διαθέτει ανάλογο υφους **υποδομές παροχής μακροχρόνιας φροντίδας** σε ηλικιωμένους (μόνο το 2% της τρέχουσας δαπάνης υγείας κατευθύνεται σε τέτοιες υποδομές έναντι 9% στον ΟΟΣΑ). Η μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων στην Ελλάδα στηρίζεται εθιμικά (άγραφη κοινωνική υποχρέωση κυρίως γυναικών κυρίως, να φροντίζουν ηλικιωμένους γονείς και συζύγους) περισσότερο από άλλες χώρες στην οικογένεια και τους φίλους. Ως εκ τούτου η Ελλάδα έχει το χαμηλότερο μερίδιο αμειβόμενων φροντιστών ηλικιωμένων ατόμων στον πληθυσμό άνω των 50 ετών, αν και οι 3 στους 4 είναι γυναίκες και το 44% έχει υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης (ποσοστά που είναι υψηλότερα από όλες τις άλλες χώρες), αντισταθμίζοντας σε κάποιο βαθμό τη σχετική έλλειψη φροντιστών (**Δ31**). Σε κάθε 100 άτομα άνω των 65 χρόνων αντιστοιχούν 0,1 φροντιστές για ηλικιωμένους (το μικρότερο ποσοστό στις αναπτυσσόμενες οικονομίες), και σε κάθε 1000 άτομα άνω των 65 ετών αντιστοιχούν 4,5 κλίνες σε γηροκομεία και νοσοκομεία με τμήματα μακροχρόνιας φροντίδας, έναντι 47,2 κλίνες κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ. Στο επίπεδο των συνολικών δαπανών υγείας, μόνο το 2% πηγαίνει στην Ελλάδα στη μακροχρόνια φροντίδα (κυρίως σε γηροκομεία) έναντι του 14% στον ΟΟΣΑ (με τις 9 στις 14 π.μ. σε γηροκομεία).

**Το σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα δεν φαίνεται να είναι βιώσιμο. Καθώς θα αυξάνεται το μερίδιο των ηλικιωμένων στον πληθυσμό και το μερίδιο των γυναικών στο εργατικό δυναμικό, αργά ή γρήγορα, θα προκύψει ανάγκη για υψηλότερη χρηματοδότηση από τον προϋπολογισμό.**

Το σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα δεν φαίνεται να είναι βιώσιμο. Καθώς θα αυξάνεται το μερίδιο των ηλικιωμένων στον πληθυσμό και το μερίδιο των γυναικών στο εργατικό δυναμικό, αργά ή γρήγορα, θα προκύψει ανάγκη για υψηλότερη χρηματοδότηση από τον προϋπολογισμό, πέραν της διογκούμενης δαπάνης για συντάξεις, και της δαπάνης για τη μακροχρόνια φροντίδα των ηλικιωμένων, χωρίς η χώρα να εξοικονομεί πόρους για να αντιμετωπίσει στο μέλλον τις πρόσθετες αυτές ανάγκες.

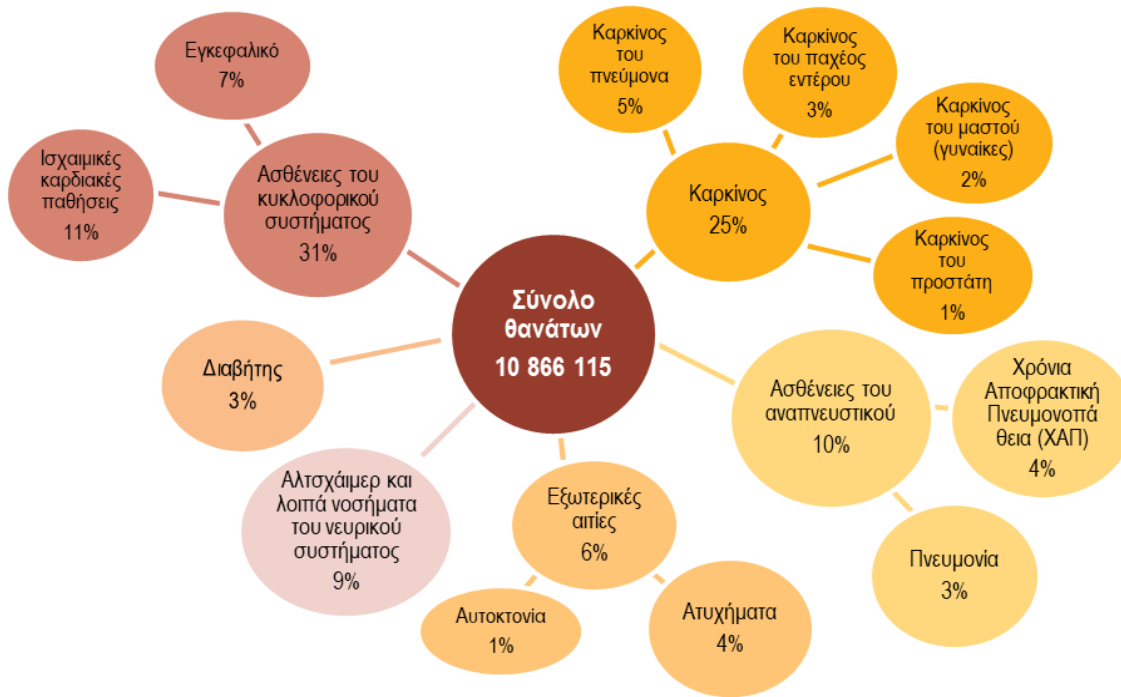
	Ελλάδα	Μ.Ο. ΟΟΣΑ
<b>Μερίδιο άτυπων φροντιστών ηλικιωμένων ατόμων στον πληθυσμό άνω των 50 ετών, 2017 ή τελευταίο διαθέσιμο έτος</b>		
Ημερησίως	4,7	7,2
Εβδομαδιαίως	1,8	6,3
Μερίδιο γυναικών στο σύνολο των άτυπων φροντιστών ημερησίως	76,0	61,2
<b>Μερίδια απασχολούμενων στη μακροχρόνια περίθαλψη ανά επίπεδο εκπαίδευσης, 2016</b>		
Υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης	44,0	21,0
Μεσαίο επίπεδο εκπαίδευσης	52,0	63,0
Χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης	5,0	15,0
<b>Κλίνες μακροχρόνιας περίθαλψης ανά 1.000 άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, 2017 ή τελευταίο διαθέσιμο έτος</b>		
Ιδρύματα	1,8	43,8
Νοσοκομεία	2,7	3,3
Σύνολο	4,5	47,2

**Δ31: Απασχολούμενοι και κλίνες για την μακροχρόνια φροντίδα** (*OECD, Health at a Glance 2019*)



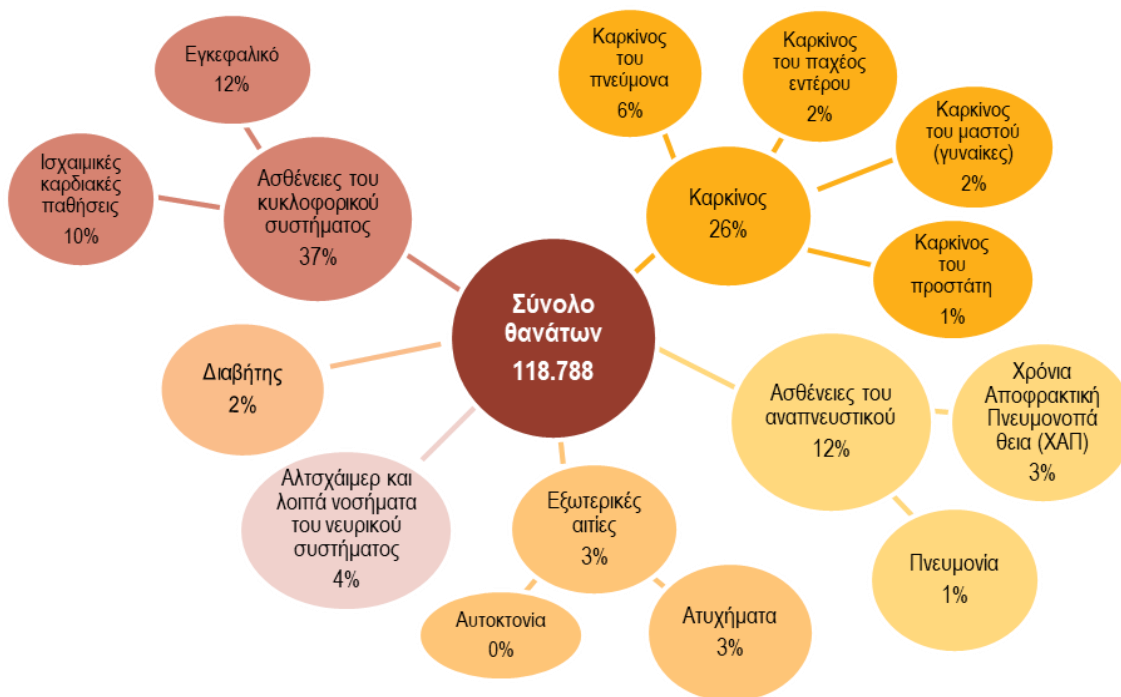
**Παράρτημα: Πρόσθετοι δείκτες υγείας**

**ΟΟΣΑ - 2017 ή τελευταίο διαθέσιμο έτος**



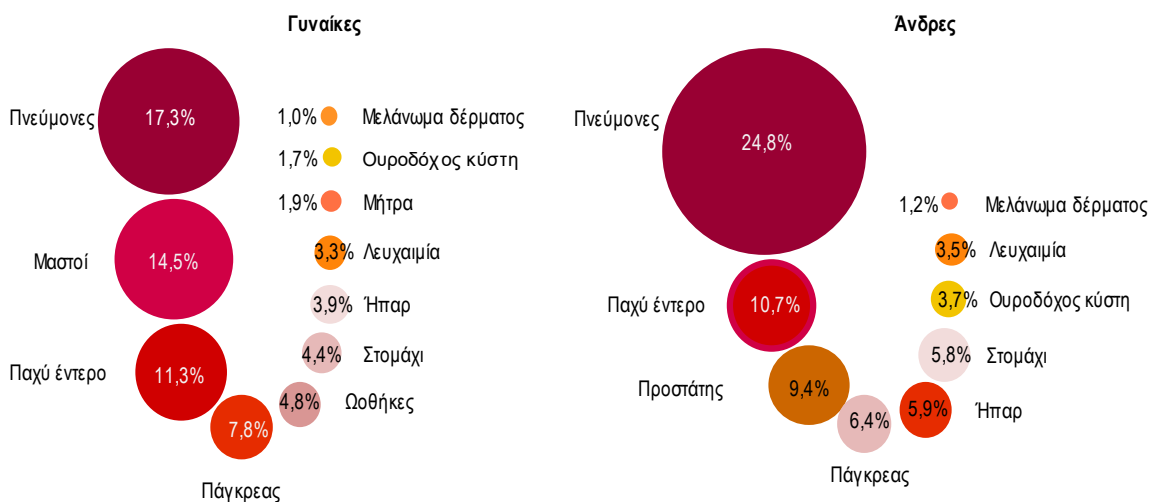
**Δ32: Κύριες αιτίες θνησιμότητας στις χώρες του ΟΟΣΑ και στην Ελλάδα (OECD, Health at a Glance 2019 και ΕΛΣΤΑΤ)**

**Ελλάδα - 2016**



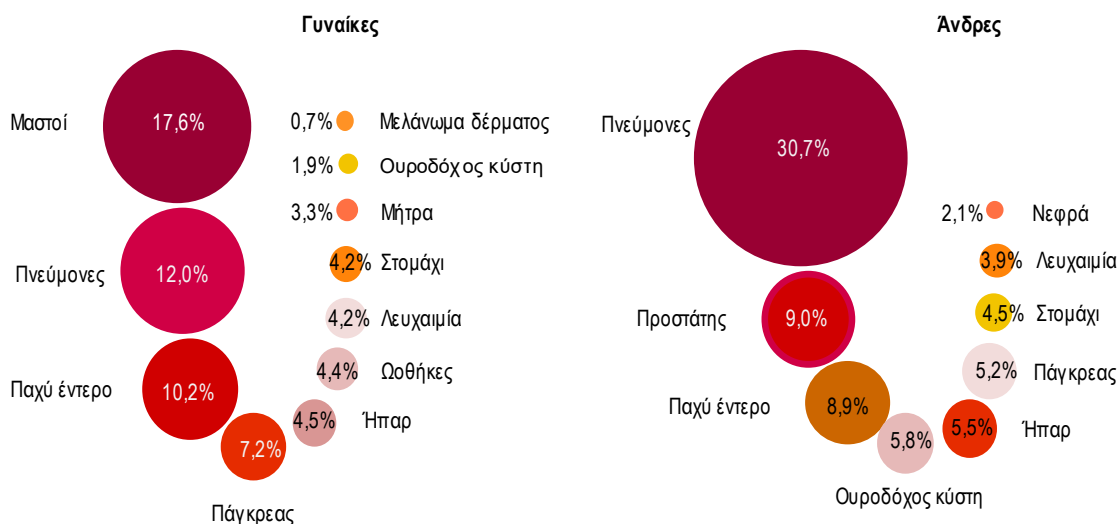


**ΟΟΣΑ - 2017 ή τελευταίο διαθέσιμο έτος**

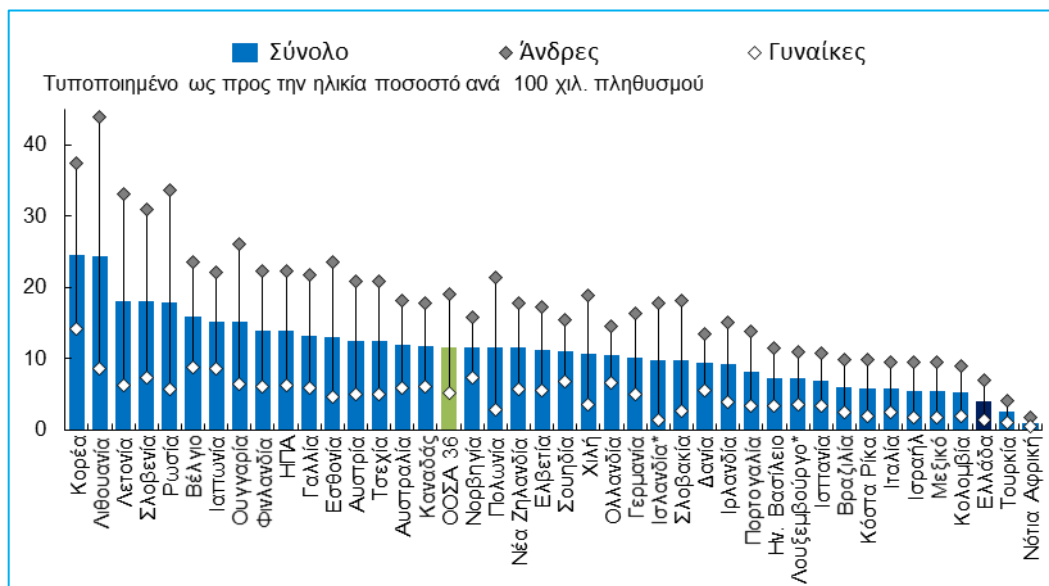


**Δ33: Κύριες αιτίες θνησιμότητας από καρκίνο στις χώρες του ΟΟΣΑ και στην Ελλάδα, 2017 ή τελευταίο διαθέσιμο έτος (OECD, [Health at a Glance 2019](#))**

**Ελλάδα - 2016**

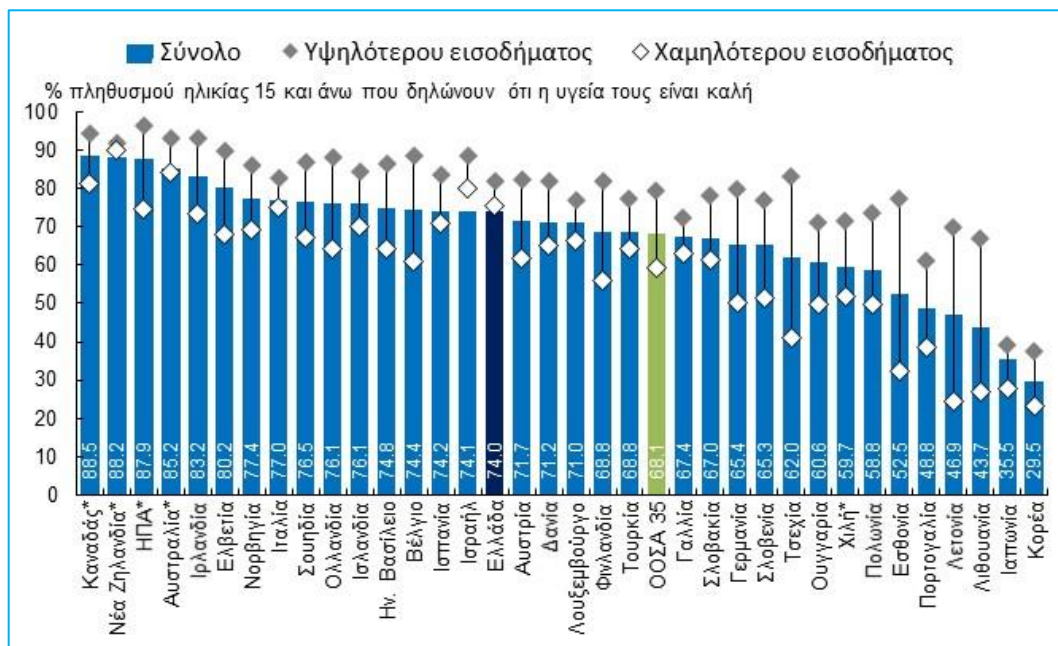






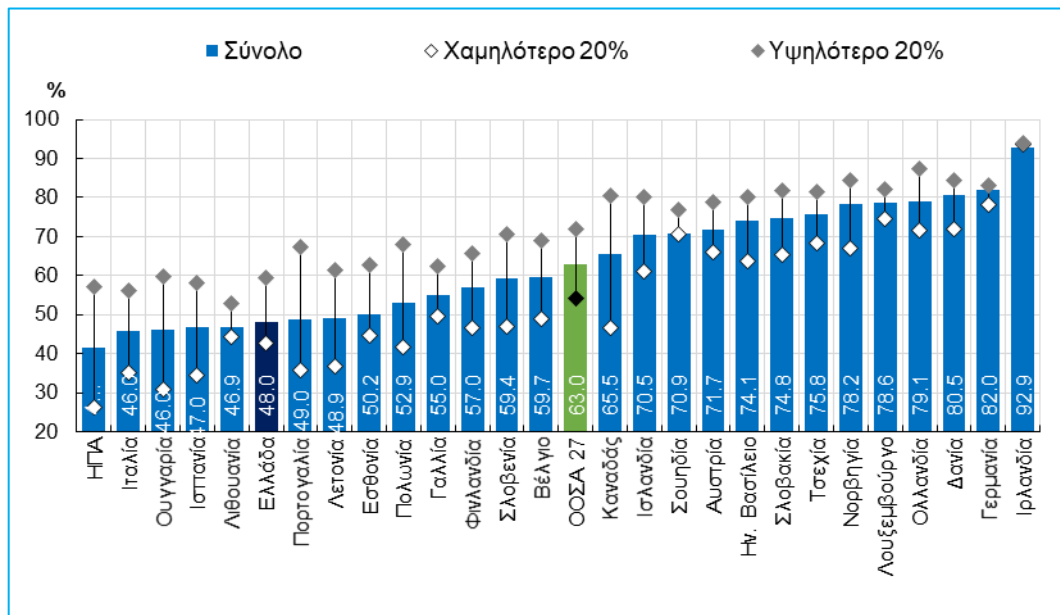
**Δ34: Ποσοστό αυτοκτονιών, 2017 ή τελευταίο διαθέσιμο έτος (OECD, Health at a Glance 2019)**

\* Μ.Ο. τριών ετών



**Δ35: Ενήλικες που δηλώνουν ότι η υγεία τους είναι καλή ή πολύ καλή κατά εισοδηματική κατηγορία (υψηλότερο και χαμηλότερο 20%) (OECD, Health at a Glance 2019)**

\* Τα ποσοστά των χωρών αυτών δεν είναι απόλυτα συγκρίσιμα με εκείνα των υπόλοιπων χωρών λόγω μεθοδολογικών διαφορών στο ερωτηματολόγιο της έρευνας, οι οποίες οδηγούν σε υπερεκτίμηση του ποσοστού.



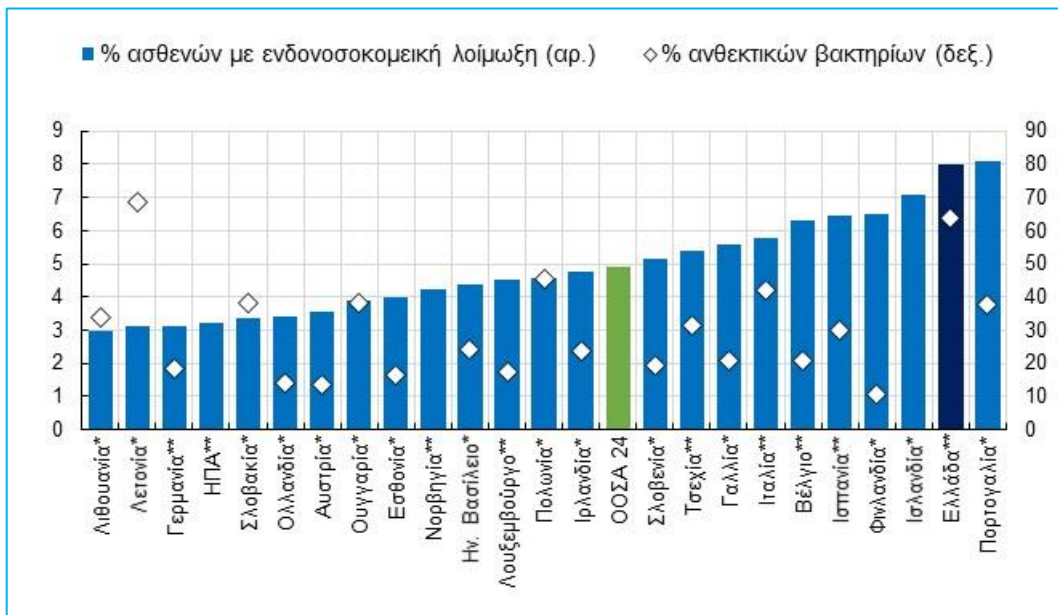
**Δ36:** Ποσοστό πληθυσμού που επισκέφθηκε οδοντίατρο κατά εισοδηματική κατηγορία, 2014  
([OECD, Health at a Glance 2019](#))

**Δ37:** Ποσοστό πληθυσμού που ματαιώνει ή αναβάλλει την ιατρική φροντίδα λόγω οικονομικής αδυναμίας κατά εισοδηματική κατηγορία, 2014  
([OECD, Health at a Glance 2019](#))

	Ελλάδα	Μ.Ο. ΟΟΣΑ
<b>Ποσοστό πληθυσμού που ματαιώνει την ιατρική φροντίδα – Σύνολο</b>	<b>25,6</b>	<b>17,2</b>
Χαμηλότερο 20%	36,4	27,5
Υψηλότερο 20%	12,2	8,9
<b>Ποσοστό πληθυσμού ηλικίας 65 ετών και άνω που ματαιώνει ή αναβάλλει την ιατρική φροντίδα – Σύνολο</b>	<b>28,8</b>	<b>14,3</b>
Χαμηλότερο 20%	41,8	20,1
Υψηλότερο 20%	15,5	8,0

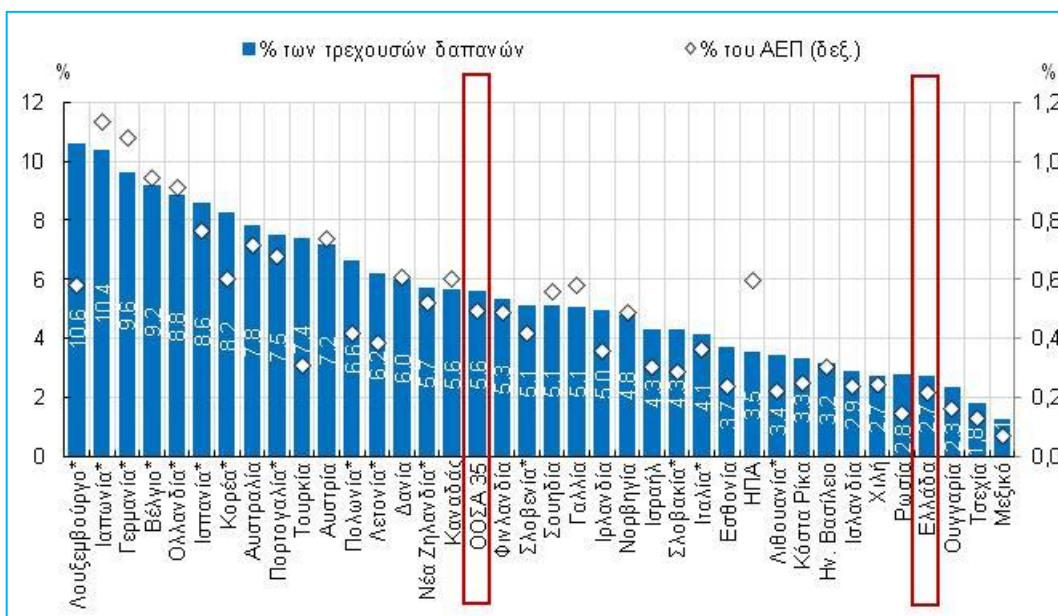
**Δ38:** Ιδιωτική δαπάνη για υγεία, 2017 ή τελευταίο διαθέσιμο έτος  
([OECD, Health at a Glance 2019](#))

	Ελλάδα	Μ.Ο. ΟΟΣΑ
<b>Ιδιωτική δαπάνη για υγεία ως ποσοστό της τελικής κατανάλωσης νοικοκυριών</b>	<b>4,2</b>	<b>3,3</b>
Η οποία κατανέμεται σε:		
Φάρμακα	37%	43%
Επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία	18%	22%
Οδοντιατρική φροντίδα	14%	14%
Νοσοκομειακή περίθαλψη	31%	9%
Μακροχρόνια περίθαλψη	0%	11%
Λοιπές υπηρεσίες	0%	1%



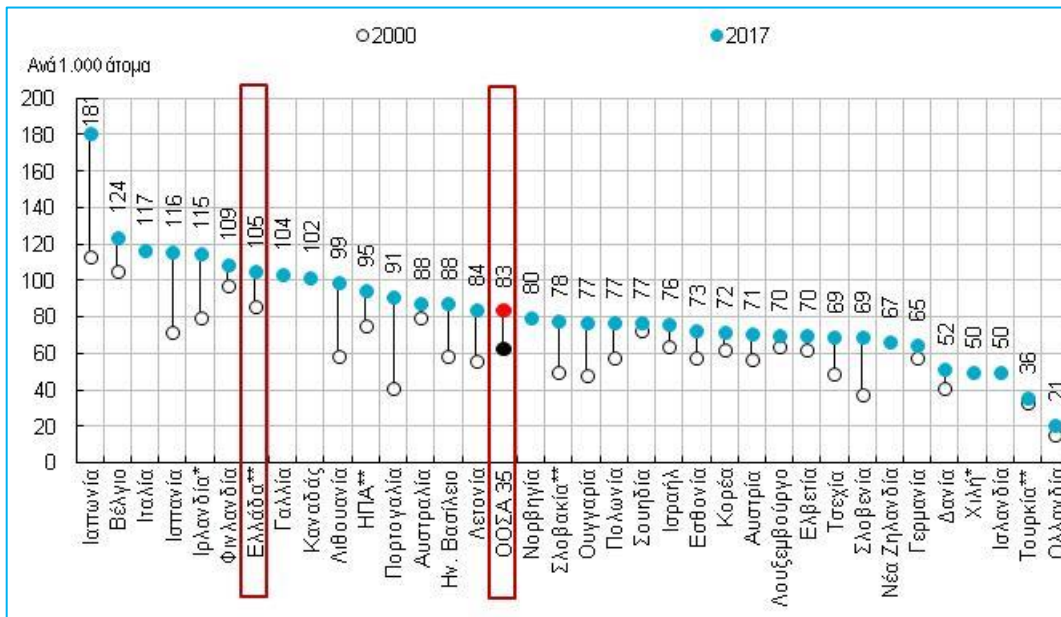
**Δ39: Ποσοστό νοσηλευόμενων με τουλάχιστον μία ενδονοσοκομειακή λοίμωξη και ποσοστό βακτηρίων αυτών των λοιμώξεων που είναι ανθεκτικά σε αντιβιοτικά (OECD, [Health at a Glance 2019](#))**

\* Κάτω από 5% των ασθενών από Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.  
\*\* Πάνω από 5% των ασθενών από Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.



**Δ40: Κεφαλαιακές δαπάνες στην υγεία ως ποσοστό των τρεχουσών δαπανών υγείας και ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2017 ή τελευταίο διαθέσιμο έτος (OECD, [Health at a Glance 2019](#))**

\* Περιλαμβάνονται οι ακαθάριστες επενδύσεις σε πάγια στην υγεία και την κοινωνική μέριμνα με βάση την ταξινόμηση ISIC, κλάδος Q – Health and social work activities.

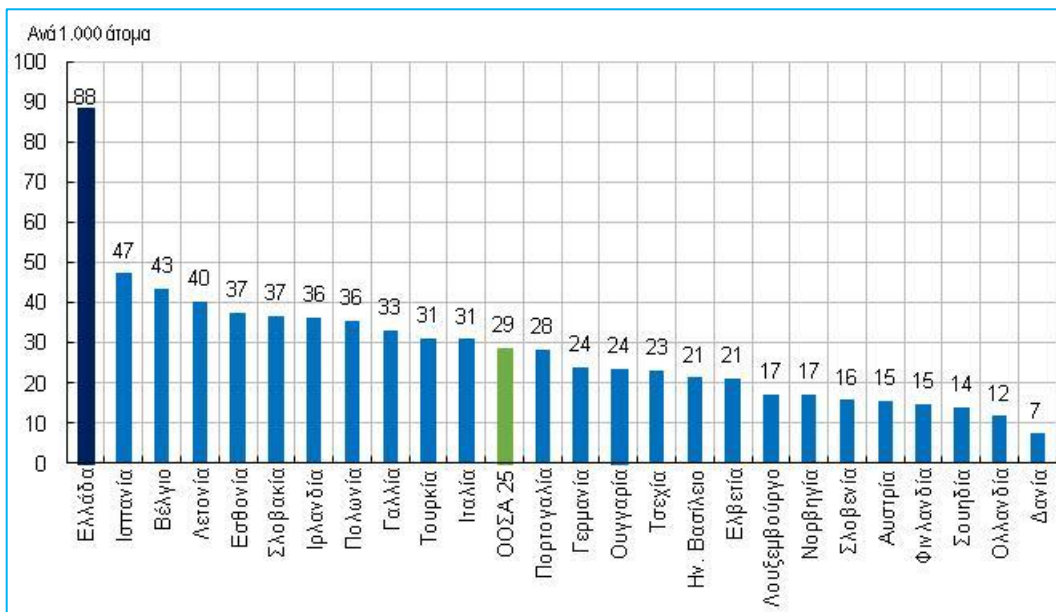


**Δ41: Αριθμός φαρμακοποιών, 2000 και 2017 ή τελευταίο διαθέσιμο έτος**

([OECD, Health at a Glance 2019](#))

\* Περιλαμβάνονται όλοι οι φαρμακοποιοί με άδεια ασκήσεως επαγγέλματος.

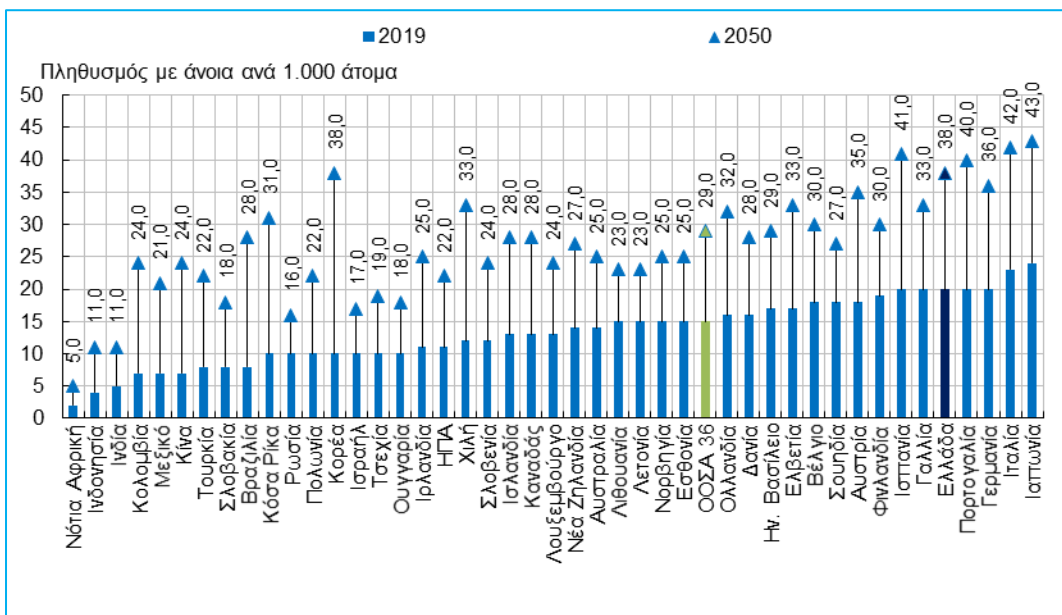
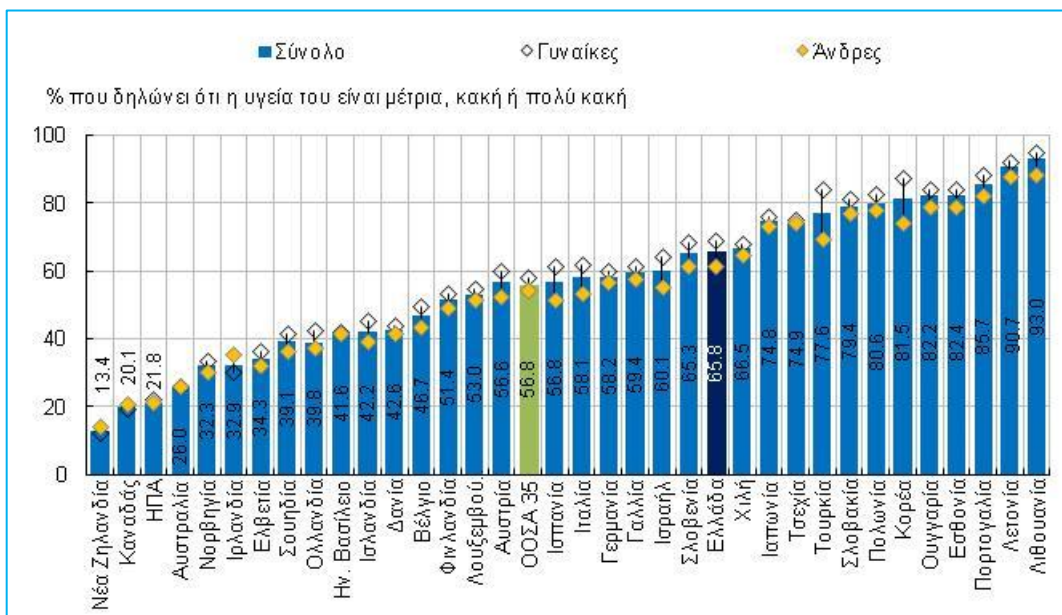
\*\* Περιλαμβάνονται και οι φαρμακοποιοί που εργάζονται ως ερευνητές σε εταιρείες στον τομέα της υγείας.



**Δ42: Αριθμός φαρμακείων, 2000 και 2017 ή τελευταίο διαθέσιμο έτος**

([OECD, Health at a Glance 2019](#))







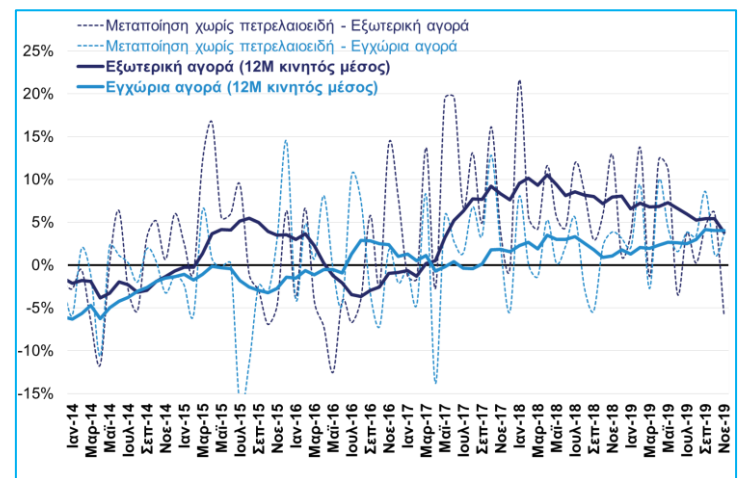
## Οικονομικές εξελίξεις

**Μεταποίηση:** Σε θετικό έδαφος συνέχισε να κινείται ο κύκλος εργασιών στη μεταποίηση πλην πετρελαιοειδών τον Νοέμβριο του 2019 (+1,1%), λόγω της αύξησης των βιομηχανικών πωλήσεων στην εγχώρια αγορά (+3,6%), ενώ αντίθετα οι πωλήσεις στην εξωτερική αγορά μειώθηκαν (-5,8%), ως αποτέλεσμα της αυξανόμενης αβεβαιότητας στο διεθνές περιβάλλον λόγω των εμπορικών ανταγωνισμών (Δ45). Η αύξηση κατά +1,1% του κύκλου εργασιών στη μεταποίηση πλην πετρελαιοειδών τον Νοέμβριο του 2019 προήλθε κυρίως από τους κλάδους τροφίμων (+3,8%), ποτών (+10,7%), καπνού (+4,1%), υποδημάτων (+21,2%), Η/Υ (+38,3%), ηλεκτρολογικού εξοπλισμού (+13,3%) και μηχανοκίνητων οχημάτων (+19,7%).

Συνολικά, κατά το διάστημα Ιαν – Νοε 2019, οι πωλήσεις της μεταποίησης πλην πετρελαιοειδών εμφανίζουν άνοδο +4,3%, επιπλέον αύξησης +3,6% το αντίστοιχο διάστημα του 2018. Στους περισσότερους κλάδους καταγράφονται θετικές μεταβολές, ιδίως στα φάρμακα (+21,2%), τον καπνό (+16,2%), τα

ηλεκτρονικά προϊόντα και Η/Υ (+23,9%), τα οχήματα (+20,2%) και τα τρόφιμα (+2,6%). Κατά το ίδιο διάστημα, ο γενικός δείκτης κύκλου εργασιών στη βιομηχανία (περιλαμβανομένων των ορυχείων και του κλάδου διύλισης πετρελαίου) σημείωσε μικρή πτώση (-1,4% έναντι αύξησης +10,6% κατά το αντίστοιχο διάστημα του 2018), κυρίως λόγω της πτώσης των πωλήσεων στον κλάδο διύλισης πετρελαίου (-10,2%, Δ46).

### Δ45: Εξέλιξη του κύκλου εργασιών στη μεταποίηση (ΕΛΣΤΑΤ, Νοε. 2019)



	Νοέμβριος		Ιαν – Νοε	
	2018	2019	2018	2019
<b>Γενικός δείκτης</b>	7,6%	-7,9%	10,6%	-1,4%
Ορυχεία	1,4%	7,1%	8,7%	-4,4%
Μεταποίηση	7,7%	-8,0%	10,7%	-1,3%
Πετρελαιοειδή	9,5%	-23,8%	24,2%	-10,2%
<b>Μεταποίηση χωρίς πετρελαιοειδή</b>	<b>6,7%</b>	<b>1,1%</b>	<b>3,6%</b>	<b>4,3%</b>
Τρόφιμα	-0,8%	3,8%	1,2%	2,6%
Ποτά	6,0%	10,7%	4,6%	1,9%
Καπνός	41,2%	4,1%	7,5%	16,2%
Κλωστοϋφαντουργικές ύλες	6,0%	4,7%	1,0%	0,4%
Είδη ένδυσης	3,9%	-11,0%	0,0%	-2,8%
Δέρματα - είδη υπόδησης	-4,7%	21,2%	-8,3%	-3,5%
Ξύλο και φελλός	6,9%	-6,7%	1,8%	-0,5%
Χαρτί και προϊόντα από χαρτί	4,3%	0,2%	7,1%	2,0%
Εκτυπώσεις	3,4%	2,0%	2,1%	0,8%
Χημικά προϊόντα	8,1%	-3,0%	6,0%	4,2%
Φάρμακα	31,5%	1,8%	13,0%	21,2%
Πλαστικά	7,1%	-0,1%	2,3%	3,7%
Μη μεταλλικά ορυκτά	4,0%	-8,0%	0,5%	2,8%
Βασικά μέταλλα	7,5%	-21,7%	15,1%	-7,1%
Μεταλλικά προϊόντα	9,2%	-5,6%	4,5%	2,6%
Ηλεκτρονικοί υπολογιστές	22,9%	38,3%	22,9%	23,9%
Ηλεκτρολογικός εξοπλισμός	22,5%	13,3%	5,2%	11,5%
Μηχανήματα και είδη εξοπλισμού	2,2%	3,5%	6,9%	1,2%
Μηχανοκίνητα οχήματα	3,2%	19,7%	2,1%	20,2%
Λοιπός εξοπλισμός μεταφορών	10,7%	-33,2%	0,7%	-10,0%
Έπιπλα	15,3%	-1,1%	11,4%	-0,9%
Άλλες μεταποιητικές δραστηριότητες	1,3%	9,1%	0,4%	4,8%
Επισκευή και εγκατάσταση μηχανημάτων	7,4%	11,7%	6,3%	3,0%

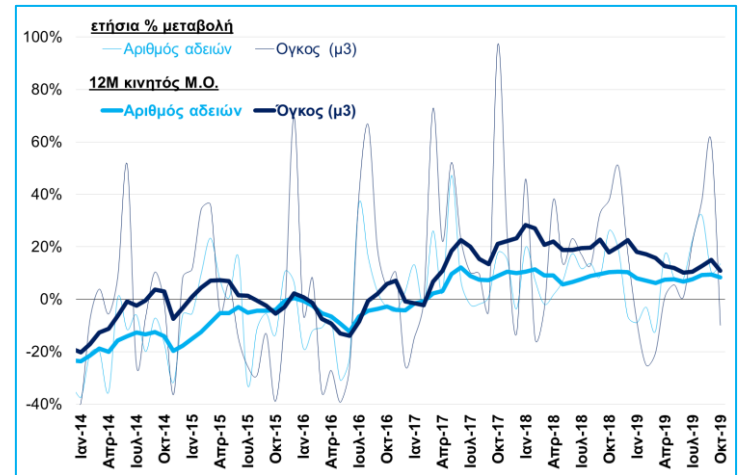
### Δ46: Μεταβολή κύκλου εργασιών στη βιομηχανία (ΕΛΣΤΑΤ, Νοε. 2019)



**Οικοδομική δραστηριότητα:** Παρά την αύξηση του αριθμού νέων οικοδομικών αδειών τον Οκτώβριο του 2019, ο όγκος των αδειών σημείωσε κάμψη (-9,9%, έναντι αύξησης +37,9% τον Οκτώβριο του 2018), έπειτα από σημαντική άνοδο τους τρεις προηγούμενους μήνες (+38% το διάστημα Ιούλιος – Σεπτέμβριος 2019 σε σύγκριση με το αντίστοιχο διάστημα το 2018, Δ47). Η πτώση που καταγράφεται στον όγκο των νέων αδειών τον Οκτώβριο του 2019 εκτιμάται ότι είναι συγκυριακή, καθώς, η εξαίρεση του ΦΠΑ από την οικοδομή αναμένεται να συμβάλει στην άνοδο της δραστηριότητας τους επόμενους 18 μήνες, ιδίως αναφορικά με τις άδειες για νέες κατοικίες. Επιπρόσθετα, η κάμψη που καταγράφεται στον όγκο των νέων αδειών, με ταυτόχρονη αύξηση στον αριθμό των αδειών, οφείλεται εν μέρει στην έκδοση αδειών κυρίως για βελτιώσεις, οι οποίες δεν μεταβάλλουν τον όγκο των οικοδομών. Στην τάση αυτή έχει συμβάλει η άνοδος του τουρισμού και η διάδοση της βραχυχρόνιας μίσθωσης κατοικιών μέσω ηλεκτρονικών εφαρμογών.

Συνολικά, κατά ο διάστημα Ιαν – Οκτ 2019 ο όγκος της οικοδομικής δραστηριότητας αυξήθηκε κατά +6,6%, επιπλέον αύξησης +18,7% κατά το αντίστοιχο διάστημα το 2018 και +21,3% στο σύνολο του 2018.

**Δ47: Ετήσια μεταβολή ιδιωτικής οικοδομικής δραστηριότητας με βάση τον αριθμό των νέων αδειών και τον όγκο που αντιστοιχεί σε αυτές (ΕΛΣΤΑΤ, Οκτ. 2019)**



**Ισοζύγιο πληρωμών:** Σύμφωνα με στοιχεία της Τράπεζας της Ελλάδος, το έλλειμμα του ισοζυγίου αγαθών τον Νοέμβριο του 2019 διαμορφώθηκε σε €1,7 δισ. (στο ίδιο επίπεδο με εκείνο του Νοεμβρίου 2018), με τις εξαγωγές και εισαγωγές αγαθών χωρίς καύσιμα και πλοία να σημειώνουν κάμψη -1,4% και -2% αντίστοιχα (Δ48).

	(€ εκατ.)		%Δ	Νοέμβριος		%Δ
	2018	2019		2018	2019	
<b>Ισοζύγιο αγαθών</b>	<b>-20.666,0</b>	<b>-21.204,8</b>	<b>2,6%</b>	<b>-1.691,9</b>	<b>-1.683,2</b>	<b>-0,5%</b>
Εξαγωγές χωρίς καύσιμα και πλοία	20.470,6	21.344,1	4,3%	1.986,5	1.958,5	-1,4%
Εξαγωγές καυσίμων	9.308,4	8.254,1	-11,3%	985,9	657,0	-33,4%
Εισαγωγές χωρίς καύσιμα και πλοία	36.364,7	37.527,8	3,2%	3.383,4	3.315,3	-2,0%
Εισαγωγές καυσίμων	14.024,9	13.005,9	-7,3%	1.280,6	995,5	-22,3%
Εισαγωγές πλοίων	185,1	352,8	90,7%	3,7	9,2	147,7%
<b>Εισπράξεις από υπηρεσίες</b>	<b>35.062,1</b>	<b>37.876,0</b>	<b>8,0%</b>	<b>2.176,6</b>	<b>2.162,9</b>	<b>-0,6%</b>
Τουρισμός	15.813,4	17.862,7	13,0%	316,3	313,8	-0,8%
Μεταφορές	15.210,2	15.867,4	4,3%	1.466,6	1.430,5	-2,5%
Άλλες υπηρεσίες	4.038,5	4.146,0	2,7%	393,7	418,5	6,3%
<b>Εισροές από ΕΕ</b>	<b>1.514,5</b>	<b>2.417,6</b>	<b>59,6%</b>	<b>260,1</b>	<b>300,9</b>	<b>15,7%</b>
Τρέχουσες	959,2	1.637,3	70,7%	29,5	29,6	0,3%
Κεφαλαιακές	555,3	780,3	40,5%	230,6	271,3	17,6%
<b>Ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών*</b>	<b>-3.330,6</b>	<b>-1.568,5</b>	<b>-52,9%</b>	<b>-1.163,6</b>	<b>-1.134,3</b>	<b>-2,5%</b>

**Δ48: Βασικά μεγέθη ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών (Τράπεζα της Ελλάδος, Νοε. 2019)**

\* Περιλαμβάνονται οι κεφαλαιακές μεταβιβάσεις



Παράλληλα, τον Νοέμβριο του 2019 το πλεόνασμα στο ισοζύγιο υπηρεσιών περιορίστηκε κατά €113,6 εκατ., κυρίως λόγω της αύξησης των ταξιδιωτικών πληρωμών στο εξωτερικό κατά +38,9% και της μείωσης των εισπράξεων από μεταφορές κατά -2,5%.

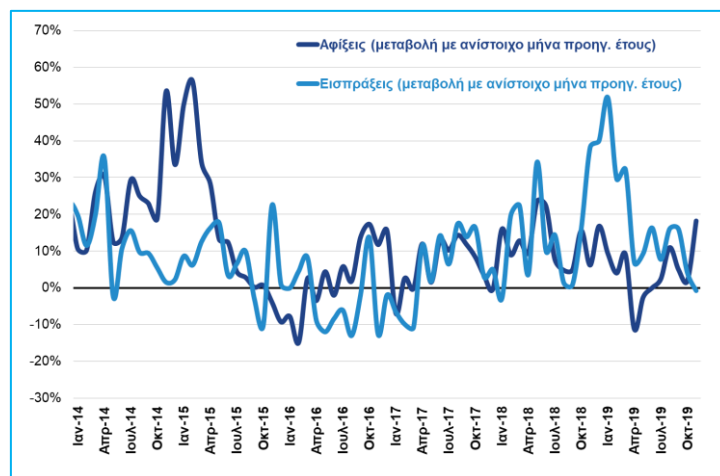
Συνολικά, κατά το διάστημα Ιαν – Νοε 2019, οι εξαγωγές χωρίς καύσιμα και πλοία σημείωσαν άνοδο +4,3% και οι αντίστοιχες εισαγωγές +3,2%.

Παράλληλα, οι εισπράξεις από τουρισμό αυξήθηκαν κατά +13%, από μεταφορές κατά +4,3% και από λοιπές υπηρεσίες κατά +2,7%, ενώ το συνολικό ισοζύγιο αγαθών και υπηρεσιών περιορίστηκε κατά €1,2 δισ. και ανήλθε σε €618 εκατ.

**Τουρισμός:** Το 2019 αναμένεται να είναι ακόμα ένα έτος ρεκόρ για τον τουρισμό, καθώς ήδη στο 11μηνο του 2019 οι εισπράξεις (€17,9 δισ.) ξεπέρασαν τις εισπράξεις στο σύνολο του 2018 (€16,1 δισ.). Παράλληλα, οι αφίξεις κατά το διάστημα Ιαν – Νοε 2019 ανήλθαν σε 30,7 εκατ., καταγράφοντας αύξηση +4,0% σε σύγκριση με το αντίστοιχο διάστημα το 2018.

Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με τα στοιχεία της Τράπεζας της Ελλάδος, τον Νοέμβριο του 2019 οι ταξιδιωτικές εισπράξεις κατέγραψαν μικρή μείωση (-0,8%), η οποία οφείλεται στη μείωση της μέσης δαπάνης ανά ταξίδι κατά -16,9%, καθώς η εισερχόμενη ταξιδιωτική κίνηση αυξήθηκε κατά +18,2% σε σχέση με το Νοέμβριο του 2018 (**Δ49**).

**Δ49: Ταξιδιωτικές εισπράξεις και αφίξεις**  
(Τράπεζα της Ελλάδος, Νοε. 2019)







## Οικονομικά μεγέθη μελών ΣΕΒ

ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ  
**€325** δισ.  
69% συνόλου\*



ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ  
**€61** δισ.  
51% συνόλου\*



ΠΩΛΗΣΕΙΣ  
**€66** δισ.  
46% συνόλου\*



ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ ΚΕΡΔΗ  
**€4,0** δισ.\*\*  
41% συνόλου\*\*



ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ  
**197.000**  
10% συνόλου ασφαλισμένων στον ΕΦΚΑ



ΜΙΣΘΟΙ  
**€4,9** δισ.  
18% συνόλου\*\*\*



ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΕΙΣΦΟΡΕΣ  
**€2,1** δισ.  
23% συνόλου\*\*\*



ΦΟΡΟΣ ΕΠΙ ΚΕΡΔΩΝ  
**€1,1** δισ.  
27% συνόλου\*\*\*\*



\* 21.075 δημοσιευμένοι ισολογισμοί χρήσης 2017 που περιλαμβάνονται στη βάση της ICAP

\*\* σύνολο κερδών κερδοφόρων επιχειρήσεων

\*\*\* % επί του συνόλου τακτικών αποδοχών (χωρίς bonus και υπερωρίες)/ασφαλιστικών εισφορών ασφαλισμένων στον ΕΦΚΑ

\*\*\*\* % επί του συνόλου εσόδων από φόρο εισοδήματος νομικών προσώπων

Πηγή: ICAP, Hellstat, Υπουργείο Οικονομικών, ΕΦΚΑ, ΕΛΣΤΑΤ

## Όραμα

Οραματιζόμαστε την Ελλάδα ως τη χώρα, που κάθε πολίτης του κόσμου θα θέλει και θα μπορεί να επισκεφθεί, να ζήσει και να επενδύσει. Οραματιζόμαστε μια ανοιχτή, κοινωνικά υπεύθυνη και οικονομικά φιλελεύθερη χώρα-μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που προτάσσει την ισχυρή ανάπτυξη ως παράγοντα κοινωνικής συνοχής. Θέλουμε μια Ελλάδα δυναμικό κέντρο της ευρωπαϊκής περιφέρειας, με στέρεους θεσμούς, ελκυστικό κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον, που προάγει τις εξαγωγές, την καινοτόμο επιχειρηματικότητα, την παραγωγή και τις ποιοτικές υπηρεσίες, τη βιώσιμη ανάπτυξη, τη γνώση, τη συνοχή, τις ίσες ευκαιρίες και το κράτος δικαίου.

## Αποστολή

### Ηγεσία & Γνώση

Ο ΣΕΒ διαδραματίζει ηγετικό ρόλο στον μετασχηματισμό της Ελλάδας σε μια παραγωγική, εξωστρεφή και ανταγωνιστική οικονομία, ως ανεξάρτητος και υπεύθυνος εκπρόσωπος της ιδιωτικής οικονομίας.

### Κοινωνικός Εταίρος

Ο ΣΕΒ, ως κοινωνικός εταίρος που πιστεύει στη λειτουργία των θεσμών, προωθεί στα αρμόδια όργανα της Πολιτείας και της Ε.Ε. τις απόψεις και θέσεις της επιχειρηματικής κοινότητας.

### Ισχυρός Εκπρόσωπος

Ο ΣΕΒ διαμορφώνει θέσεις, αναλύσεις και προτάσεις πολιτικής για την οικονομία, τη βιομηχανία, την καινοτομία, την απασχόληση, την παιδεία και τις εργασιακές δεξιότητες, τον κοινωνικό διάλογο, τη βιώσιμη ανάπτυξη, την εταιρική υπευθυνότητα.

### Φορέας Δικτύωσης

Ο ΣΕΒ δικτυώνει τα μέλη του μεταξύ τους & με τα κέντρα αποφάσεων (εγχώρια και διεθνή), με στόχο τη δημιουργία προστιθέμενης αξίας.



Σύγχρονες Επιχειρήσεις, Σύγχρονη Ελλάδα

ΣΕΒ σύνδεσμος επιχειρήσεων και βιομηχανιών

Ξενοφώντος 5, 105 57 Αθήνα  
T: 211 5006 000  
F: 210 3222 929  
E: info@sev.org.gr  
www.sev.org.gr

SEV Hellenic Federation of Enterprises

168, Avenue de Cortenbergh  
B-1000 Bruxelles  
T: +32 (0) 2 662 26 85  
E: kdiamantouros@sev.org.gr

ΑΚΟΛΟΥΘΗΣΤΕ ΜΑΣ ΣΤΑ ΜΕΣΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΔΙΚΤΥΩΣΗΣ

