

ΣΥΝΟΨΗ

Οι ευρωπαϊκές χώρες έχουν σημειώσει σημαντική πρόοδο στον τομέα της δημόσιας υγείας στις τελευταίες δεκαετίες. Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), αυξήθηκε κατά περισσότερο από έξι χρόνια από το 1980 και μετά, για να φτάσει στην ηλικία των 79 ετών το 2010, ενώ η πρόωγη θνησιμότητα έχει μειωθεί θεαματικά. Μπορούμε να προσδοκούμε ότι πάνω από τα τρία τέταρτα των εν λόγω ετών ζωής θα τα ζούμε χωρίς περιορισμό δραστηριότητας. Το αυξανόμενο προσδόκιμο επιβίωσης μπορεί να εξηγηθεί από τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και εργασίας και της αντιμετώπισης των θεμάτων υγείας, αλλά και η καλύτερη πρόσβαση στην περίθαλψη και η ποιότητα της περίθαλψης έχουν επίσης σημαντική συμβολή, όπως προκύπτει, π.χ., από τα σημαντικά μειωμένα ποσοστά θνησιμότητας από καρδιακή προσβολή ή εγκεφαλικό επεισόδιο.

Πολλές βελτιώσεις στον τομέα της υγείας έχουν επιφέρει σημαντικό οικονομικό κόστος. Μέχρι το 2009, οι δαπάνες στον τομέα της υγείας στις ευρωπαϊκές χώρες αυξήθηκε με ταχύτερο ρυθμό απ' ό,τι στην υπόλοιπη οικονομία, και ο τομέας υγείας απορρόφησε αυξανόμενο ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ). Μετά την εκδήλωση της χρηματοπιστωτικής και οικονομικής κρίσης το 2008, πολλές ευρωπαϊκές χώρες μείωσαν τις δαπάνες στον τομέα της υγείας στο πλαίσιο των ευρύτερων προσπαθειών τους να αντεπεξέλθουν στα μεγάλα δημοσιονομικά ελλείμματα και τα αυξανόμενα ποσοστά χρέους ως προς το ΑΕΠ. Μολονότι οι περικοπές αυτές ενδέχεται να ήταν αναπόφευκτες, ορισμένα μέτρα ενδέχεται να επηρεάσουν τους θεμελιώδεις στόχους των συστημάτων υγείας. Η συνεχής παρακολούθηση των στοιχείων και των δεικτών για την υγεία και τα συστήματα υγείας είναι σημαντική· από την παρακολούθηση αυτή προκύπτουν ενδείξεις για τις δυνητικές βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις των μεταβαλλόμενων οικονομικών συνθηκών και των πολιτικών υγείας για την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, την ποιότητα και τα αποτελέσματα στον τομέα της υγείας.

Αυτή η δεύτερη έκδοση του φυλλαδίου η «Υγεία με μια ματιά: Ευρώπη» παρουσιάζει τα πλέον πρόσφατα συγκρίσιμα δεδομένα με επιλεγέντες δείκτες για την υγεία και τα συστήματα υγείας σε 35 ευρωπαϊκές χώρες – τα 27 κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τις πέντε υπονήφιες χώρες και τις τρεις χώρες της ΕΖΕΣ – έως το 2010. Η επιλογή των δεικτών βασίστηκε στο σύντομο κατάλογο δεικτών υγείας της Ευρωπαϊκής Κοινότητας (ECHI), έναν κατάλογο δεικτών που αναπτύχθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή για την καθοδήγηση της ανάπτυξης και της υποβολής στατιστικών για την υγεία. Επιπλέον, η δημοσίευση παρέχει λεπτομερείς πληροφορίες για τις δαπάνες στον τομέα της υγείας και τη χρηματοδότηση των τάσεων, αξιοποιώντας τα αποτελέσματα από το ετήσιο κοινό ερωτηματολόγιο για τους λογαριασμούς υγείας του ΟΟΣΑ, της Eurostat και του ΠΟΥ. Επίσης, περιλαμβάνει ένα νέο κεφάλαιο για την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, που αντικατοπτρίζει την πρόοδο που σημειώθηκε στα πλαίσια του σχεδίου του ΟΟΣΑ για τους δείκτες ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Τα στοιχεία που παρουσιάζονται στην παρούσα έκθεση προέρχονται κυρίως από επίσημες εθνικές στατιστικές, που συλλέγονται μεμονωμένα ή από κοινού από τον ΟΟΣΑ, την Eurostat ή το περιφερειακό γραφείο του ΠΟΥ για την Ευρώπη, καθώς και σε πολυεθνικές έρευνες όπως η έρευνα για τη συμπεριφορά των παιδιών σχολικής ηλικίας απέναντι σε θέματα υγείας (HBSC).

Η υγεία με μια ματιά: Ευρώπη 2012 παρουσιάζει διαχρονικές τάσεις και διαφορές ανάμεσα στις ευρωπαϊκές χώρες σε πέντε ευρεία θέματα: 1) η κατάσταση της δημόσιας υγείας· 2) οι παράγοντες κινδύνου για την υγεία· 3) οι πόρων και οι δραστηριότητες των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης· 4) η ποιότητα της περίθαλψης για χρόνιες και οξεία συνθήκες· και 5) οι δαπάνες για την υγεία και οι πηγές χρηματοδότησης. Δίνει ορισμένες εξηγήσεις για τις διαφορές αυτές, παρέχοντας τη βάση για περαιτέρω έρευνα και ανάλυση, ώστε να κατανοούνται καλύτερα τα αίτια στα οποία οφείλονται οι διαφορές αυτές και να αναπτυχθούν πολιτικές επιλογές για τη μείωση των ανισοτήτων με τις χώρες εκείνες που επιτυγχάνουν καλύτερα αποτελέσματα. Πολλοί δείκτες παρουσιάζουν την κατανομή ανά φύλο και ηλικία σε κάθε χώρα, και ορισμένες περιλαμβάνουν μια περαιτέρω ανάλυση ως προς το εισόδημα ή τα επίπεδα εκπαίδευσης. Οι δείκτες αυτοί δείχνουν ότι τέτοιου είδους διαφορών μπορεί να υπάρχουν στο εσωτερικό μιας χώρας σε εθνικές περιφέρειες, κοινωνικοοικονομικές ομάδες ή εθνικές/φυλετικές ομάδες, όπως υπάρχουν και ανάμεσα στις χώρες.

Η κατάσταση της υγείας έχει βελτιωθεί σημαντικά στις ευρωπαϊκές χώρες, μολονότι εξακολουθούν να υπάρχουν μεγάλες ανισότητες

- Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στα κράτη μέλη της ΕΕ αυξήθηκε κατά περισσότερο από 6 χρόνια μεταξύ του 1980 και του 2010. Κατά μέσο όρο σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση για την τριετή περίοδο 2008-2010 ήταν 75,3 έτη για τους άνδρες και 81,7 χρόνια για τις γυναίκες. Η Γαλλία είχε το μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής για τις γυναίκες (85,0 έτη), και η Σουηδία για τους άνδρες (79,4 έτη). Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην ΕΕ ήταν χαμηλότερο στη Βουλγαρία και τη Ρουμανία για τις γυναίκες (77,3 χρόνια) και στη Λιθουανία για τους άνδρες (67,3 έτη). Το χάσμα μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ με το υψηλότερο και το χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση είναι περίπου 8 χρόνια για τις γυναίκες και 12 έτη για τους άνδρες (Σχήμα 1.1.1).
- Κατά μέσο όρο σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση, τα έτη υγιούς ζωής (ΕΥΖ) κατά τη γέννηση, που ορίζονται ως ο αριθμός των ετών ζωής χωρίς περιορισμό δραστηριότητας, ήταν 62,2 έτη για τις γυναίκες και τους άνδρες σε 61,0 έτη για το 2008-2010. Η διαφορά μεταξύ των φύλων είναι πολύ μικρότερη από αυτή του προσδόκιμου ζωής, αντικατοπτρίζοντας το γεγονός ότι οι γυναίκες αντιμετωπίζουν κάποιους περιορισμούς δραστηριότητας σε μεγαλύτερο ποσοστό της ζωής τους. Τα έτη υγιούς ζωής (ΕΥΖ) κατά τη γέννηση στην περίοδο 2008-2010 ήταν περισσότερα στη Μάλτα για τις γυναίκες και στη Σουηδία για τους άνδρες, και λιγότερα στη Σλοβακική Δημοκρατία τόσο για τις γυναίκες όσο και για τους άνδρες (Σχήμα 1.1.1).
- Το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών αυξήθηκε επίσης σημαντικά στις ευρωπαϊκές χώρες, με ποσοστό κατά μέσο όρο 16,5 χρόνια για τους άνδρες και 20,1 έτη για τις γυναίκες στην Ευρωπαϊκή Ένωση κατά την περίοδο 2008-2010. Όσον αφορά το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, η Γαλλία είχε το μεγαλύτερο προσδόκιμο στην ηλικία των 65 ετών τόσο για τις γυναίκες (23,2 χρόνια) όσο και για τους άνδρες (18,7 χρόνια). Το χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών στην Ευρωπαϊκή Ένωση ήταν στη Βουλγαρία για τις γυναίκες (16,9 έτη) και στη Λετονία για τους άνδρες (13,2 έτη) (Σχήμα 1.2.1).
- Εξακολουθούν να υπάρχουν μεγάλες ανισότητες στο προσδόκιμο ζωής μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων. Τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες, τα άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο είναι πιθανό να ζήσουν περισσότερο· στην Τσεχική Δημοκρατία για παράδειγμα, οι άνδρες ηλικίας 65 ετών με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης μπορούν να υπολογίσουν ότι θα ζήσουν επτά χρόνια περισσότερο από τους άνδρες της ίδιας ηλικίας με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (Σχήμα 1.2.3).

- Είναι δύσκολο να εκτιμηθεί η σχετική συμβολή μιας σειράς μη ιατρικών και ιατρικών παραγόντων που μπορεί να επηρεάζουν τις διαφορές στο προσδόκιμο ζωής ανάμεσα στις χώρες. Το υψηλότερο εθνικό εισόδημα συνδέεται γενικά με υψηλότερο (υγιές) προσδόκιμο ζωής, μολονότι η σχέση είναι λιγότερο αισθητή στα ύψιστα επίπεδα εισοδήματος, παρουσιάζοντας «φθίνουσα απόδοση» (Σχήμα 1.1.2).
- Τα χρόνια νοσήματα, όπως διαβήτης, άσθμα και άνοια εμφανίζονται με συνεχώς αυξανόμενη συχνότητα, είτε λόγω της καλύτερης διάγνωσης είτε λόγω μεγαλύτερης προδιάθεσης για νοσήματα. Πάνω από το 6% των ατόμων ηλικίας 20-79 έτη στην Ευρωπαϊκή Ένωση ή 30 εκατομμυρίων ατόμων είχε διαβήτη το 2011 (Σχήμα 1.14.1). Η καλύτερη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων έχει καταστεί προτεραιότητα της πολιτικής υγείας για πολλά κράτη μέλη της ΕΕ.

Οι παράγοντες κινδύνου για την υγεία μεταβάλλονται

- Οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες έχουν μειώσει την κατανάλωση των προϊόντων καπνού μέσω εκστρατειών ευαισθητοποίησης του κοινού, απαγορεύσεις της διαφήμισης και αύξησης της φορολογίας. Το ποσοστό των ενηλίκων που καπνίζει καθημερινά είναι κατώτερο του 15% στη Σουηδία και την Ισλανδία από άνω του 30% το 1980. Στο άλλο άκρο της κλίμακας, άνω του 30% των ενηλίκων στην Ελλάδα καπνίζει καθημερινά. Τα ποσοστά των καπνιστών εξακολουθεί να είναι υψηλό στη Βουλγαρία, την Ιρλανδία και τη Λετονία (Σχήμα 2.5.1).
- Η κατανάλωση οινοπνεύματος μειώθηκε επίσης σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Οι περικοπές στη διαφήμιση, οι περιορισμοί στις πωλήσεις και η φορολόγηση έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά μέτρα. Παραδοσιακές οινοπαραγωγικές χώρες, όπως η Γαλλία, η Ιταλία και η Ισπανία, παρατήρησαν ότι η κατά κεφαλήν κατανάλωση μειώνεται σημαντικά από το 1980 και μετά. Η κατανάλωση οινοπνεύματος ανά ενήλικο αυξήθηκε σημαντικά σε ορισμένες χώρες, μεταξύ των οποίων και η Κύπρος, η Φινλανδία και η Ιρλανδία (Σχήμα 2.6.1).
- Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, το 52% των ενηλίκων είναι σήμερα υπέρβαροι από τους οποίους το 17% είναι παχύσαρκοι. Σε επίπεδο χώρας, το ποσοστό εμφάνισης του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας υπερβαίνει το 50% στα 18 από τα 27 κράτη μέλη της ΕΕ. Τα ποσοστά είναι πολύ χαμηλότερα στη Γαλλία, την Ιταλία και την Ελβετία, μολονότι αυξάνονται και στις χώρες αυτές. Η διάδοση της παχυσαρκίας – η οποία συνεπάγεται μεγαλύτερο κίνδυνο για την υγεία από το υπερβολικό βάρος – κυμαίνεται από 8% στη Ρουμανία και την Ελβετία έως άνω από το 25% στην Ουγγαρία και στο Ηνωμένο Βασίλειο (Σχήμα 2.7.1). Το ποσοστό της παχυσαρκίας έχει διπλασιαστεί από το 1990 σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες (Σχήμα 2.7.2). Η αύξηση της παχυσαρκίας έχει επηρεάσει όλες τις πληθυσμιακές ομάδες, σε διαφορετικό βαθμό. Η παχυσαρκία τείνει να είναι πιο συνηθισμένη ανάμεσα στις μειονεκτούσες κοινωνικές ομάδες και ιδίως στις γυναίκες.

Ο κατά κεφαλή αριθμός ιατρών και νοσοκόμων είναι υψηλότερη από ό, τι στο παρελθόν στις περισσότερες χώρες, αλλά υπάρχουν ανησυχίες για τις σημερινές ή μελλοντικές ελλείψεις

- Η εξασφάλιση της ορθής πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη αποτελεί θεμελιώδη στόχο πολιτικής σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ. Απαιτεί, μεταξύ άλλων, να υπάρχει ο σωστός αριθμός φορέων παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης επί τόπου για την αντιμετώπιση των αναγκών του πληθυσμού. Υπάρχουν ανησυχίες σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες σχετικά με την έλλειψη ιατρών και νοσοκόμων, μολονότι οι πρόσφατες περικοπές των δημοσίων

δαπανών στον τομέα της υγείας σε ορισμένες χώρες ενδέχεται να έχουν οδηγήσει σε μια προσωρινή τουλάχιστον μείωση της ζήτησης.

- Από το 2000 και μετά, ο αριθμός των κατά κεφαλή ιατρών αυξήθηκε σε όλα σχεδόν τα κράτη μέλη της ΕΕ. Κατά μέσο όρο σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση, ο αριθμός των ιατρών αυξήθηκε από 2,9 ανά 1 000 κατοίκους το 2000 σε 3,4 το 2010. Η ανάπτυξη ήταν ιδιαίτερα ταχεία στην Ελλάδα και το Ηνωμένο Βασίλειο (Σχήμα.1.1).
- Σε όλες σχεδόν τις χώρες, η ισορροπία μεταξύ των γενικών και των εξειδικευμένων ιατρών άλλαξε με τρόπο ώστε να υπάρχουν πλέον περισσότεροι ειδικευμένοι ιατροί (Σχήμα 3.1.2). Αυτό μπορεί να εξηγηθεί με τη μείωση του ενδιαφέροντος για την παραδοσιακή πρακτική του «οικογενειακού γιατρού», σε συνδυασμό με την αυξανόμενη διαφορά στις αμοιβές μεταξύ των γενικών και των ειδικών ιατρών. Η αργή αύξηση ή μείωση του αριθμού των γενικών ιατρών αυξάνει τις ανησυχίες σε πολλές χώρες όσον αφορά την πρόσβαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη για ορισμένες ομάδες του πληθυσμού.
- Υπάρχουν επίσης ανησυχίες για πιθανές ελλείψεις νοσηλευτικού προσωπικού, και η κατάσταση αυτή μπορεί επίσης να επιδεινωθεί στο μέλλον, επειδή η ζήτηση για νοσοκόμους εξακολουθεί να αυξάνεται και η γήρανση της γενιάς της «έκρηξης των γεννήσεων» προμηνύει ένα κύμα συνταξιοδοτήσεων μεταξύ των νοσοκόμων. Κατά την τελευταία δεκαετία, ο κατά κεφαλή αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού αυξήθηκε σε σχεδόν όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ (Σχήμα 3.3.1). Η αύξηση ήταν ιδιαίτερα μεγάλη στη Δανία, τη Γαλλία την Πορτογαλία και την Ισπανία. Ωστόσο, πρόσφατα σημειώθηκε μείωση στο νοσηλευτικό προσωπικό που απασχολείται σε ορισμένες χώρες που πλήττονται σκληρότερα από την οικονομική κρίση. Στην Εσθονία, ο αριθμός των νοσηλευτών αυξήθηκε έως το 2008, αλλά μειώθηκε από τότε, με αποτέλεσμα να μειωθεί από το 6,4 ανά 1 000 κατοίκους το 2008 στο 6,1 το 2010.

Η ποιότητα της περίθαλψης έχει βελτιωθεί στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, παρά το γεγονός ότι όλες οι χώρες μπορούν να επιτύχουν καλύτερα αποτελέσματα, ιδιαίτερα για την αποφυγή των εισαγωγών σε νοσοκομεία για τα άτομα με χρόνιες ασθένειες

- Σημειώθηκε πρόοδος στην θεραπεία θανατηφόρων παθήσεων όπως η καρδιακή προσβολή, τα εγκεφαλικά επεισόδια και ο καρκίνος σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες που υποβάλλουν εκθέσεις. Τα ποσοστά θνησιμότητας ύστερα από την εισαγωγή σε νοσοκομείο για καρδιακή προσβολή (οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου) μειώθηκαν κατά περίπου 50% μεταξύ του 2000 και του 2009 (Σχήμα 4.3.3) και για εγκεφαλικό επεισόδιο έως άνω του 20% (σχήμα 4.4.3). Οι βελτιώσεις αυτές αντικατοπτρίζουν την καλύτερη εντατική νοσηλεία και τη μεγαλύτερη πρόσβαση σε ειδικές μονάδες εγκεφαλικών επεισοδίων σε χώρες όπως η Δανία και η Σουηδία.
- Τα ποσοστά επιβίωσης για διάφορες μορφές καρκίνου έχουν επίσης βελτιωθεί στις περισσότερες χώρες, αντικατοπτρίζοντας την πιο έγκαιρη ανίχνευση και τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα της αγωγής (Σχήματα 4.7.2 και 4.8.2). Ενώ τα ποσοστά επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο του μαστού παραμένουν κάτω από το 80% στην Τσεχική Δημοκρατία και τη Σλοβενία, αυξήθηκαν κατά περισσότερο από 10 εκατοστιαίες μονάδες μεταξύ του 1997 και του 2002 και την περίοδο 2004 - 2009. Στις δύο αυτές χώρες σημειώθηκε επίσης σημαντική πρόοδος ως προς τα ποσοστά επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού (Σχήμα 4.9.2).
- Είναι πιο δύσκολο να ελεγχθεί η ποιότητα της πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης, επειδή στις περισσότερες χώρες υπάρχουν λιγότερα στοιχεία για τον τομέα αυτόν από ό,τι για τον

νοσοκομειακό τομέα. Η αποφευκτική εισαγωγή σε νοσοκομείο χρησιμοποιείται συχνά ως δείκτης είτε για προβλήματα πρόσβασης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη ή στην ποιότητα και στη συνέχεια της περίθαλψης. Υπάρχει γενική συναίνεση όσον αφορά το ότι το άσθμα και ο διαβήτης θα πρέπει σε μεγάλο βαθμό να αντιμετωπίζονται μέσω παρεμβάσεων ορθής πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ώστε να αποφευχθεί η επιδείνωση και η δαπανηρή νοσηλεία στο νοσοκομείο. Ενώ ο αριθμός εισαγωγών σε νοσοκομεία για το άσθμα είναι χαμηλός σε ορισμένες χώρες, σε άλλες, όπως είναι η Σλοβακική Δημοκρατία, είναι πολύ μεγαλύτερος (Σχήμα 4.1.1). Σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, υπάρχουν υπερβολικά πολλές εισαγωγές σε νοσοκομεία για ανεξέλεγκτο διαβήτη (Σχήμα 4.2.1).

Η αύξηση των υγειονομικών δαπανών επιβραδύνθηκε ή μειώθηκε σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες

- Η αύξηση των κατά κεφαλήν δαπανών στον τομέα της υγείας επιβραδύνθηκε ή ελαττώθηκε σε πραγματικούς όρους το 2010 σε όλες σχεδόν τις ευρωπαϊκές χώρες, αναστρέφοντας την τάση σταθερών αυξήσεων. Οι δαπάνες είχαν ήδη αρχίσει να μειώνονται το 2009 σε χώρες που πλήττονταν σκληρότερα από την οικονομική κρίση (π.χ., την Εσθονία και την Ισλανδία), αλλά ακολούθησαν περαιτέρω μειώσεις το 2010 λόγω των αυξανόμενων δημοσιονομικών πιέσεων και της αύξησης των δεικτών χρέους προς το ΑΕΠ. Σε όλη την ΕΕ, κατά μέσο όρο οι κατά κεφαλή δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν κατά 4,6% ανά έτος σε πραγματικές τιμές μεταξύ του 2000 και του 2009, ακολουθούμενη από πτώση κατά 0,6% το 2010 (Σχήμα 5.2.2).
- Οι μειώσεις των δημόσιων δαπανών για την υγεία είχαν επιτευχθεί μέσω μιας σειράς μέτρων, συμπεριλαμβανομένων των μειώσεων των μισθών ή/και των επίπεδων απασχόλησης, της αύξησης των άμεσων πληρωμών από νοικοκυριά για ορισμένες υπηρεσίες και φάρμακα, και με την επιβολή αυστηρών δημοσιονομικών περιορισμών στα νοσοκομεία. Η αύξηση της αποτελεσματικότητας επιδιώχθηκε επίσης μέσω συγχωνεύσεων νοσοκομείων ή επιτάχυνσης της μετάβασης από τον τομέα της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης στην περίθαλψη και την χειρουργική επέμβαση στα εξωτερικά ιατρεία.
- Ως αποτέλεσμα της αρνητικής αύξησης των δαπανών για την υγεία το 2010, το ποσοστό του ΑΕΠ που διατίθεται για την υγεία έχει σταθεροποιηθεί ή μειώθηκε ελαφρά σε πολλά κράτη μέλη της ΕΕ. Το 2010, τα κράτη μέλη της ΕΕ αφιέρωσαν κατά μέσο όρο (μη σταθμισμένο) το 9,0% του ΑΕΠ τους στις δαπάνες για την υγεία (Σχήμα 5.3.1), αυξήθηκε σημαντικά από το 7,3% το 2000, αλλά μειώθηκε ελαφρά σε σχέση με το ανώτατο επίπεδο του 9,2% το 2009.
- Οι Κάτω Χώρες έχουν διαθέσει το υψηλότερο ποσοστό του ΑΕΠ για την υγεία το 2010 (12%), ακολουθούμενες από τη Γαλλία και τη Γερμανία (αμφότερες με 11,6%). Από την άποψη των κατά κεφαλή δαπανών για την υγεία, οι Κάτω Χώρες (3 890), το Λουξεμβούργο (3 607) και η Δανία (3 439) πραγματοποίησαν τις υψηλότερες δαπάνες από τα άλλα κράτη μέλη της ΕΕ. Η Αυστρία, η Γαλλία και η Γερμανία ακολουθούσαν με άνω των 3 000 ευρώ κατά κεφαλή. Η Βουλγαρία και η Ρουμανία πραγματοποίησαν τις χαμηλότερες δαπάνες με περίπου 700 ευρώ.
- Ο δημόσιος τομέας είναι η κύρια πηγή χρηματοδότησης της περίθαλψης υγείας σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες εκτός της Κύπρου (Σχήμα 5.6.1). Το 2010, σχεδόν τα τρία τέταρτα (73%) όλων των δαπανών για την υγεία χρηματοδοτήθηκαν κατά μέσο όρο από το Δημόσιο στα κράτη μέλη της ΕΕ. Η δημόσια χρηματοδότηση αντιστοιχούσε σε ποσοστό μεγαλύτερο του 80% στις Κάτω Χώρες, τις σκανδιναβικές χώρες (εκτός της Φινλανδίας), στο Λουξεμβούργο, στην Τσεχική Δημοκρατία, στο Ηνωμένο Βασίλειο και στη Ρουμανία. Το ποσοστό αυτό ήταν

το χαμηλότερο στην Κύπρο (43%), και στη Βουλγαρία, στην Ελλάδα και στη Λετονία (55-60%).

- Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει τον συνδυασμό της δημόσιας και ιδιωτικής χρηματοδότησης της υγείας σε ορισμένες χώρες. Οι δημόσιες δαπάνες έχουν υποστεί περικοπές για ορισμένα αγαθά και υπηρεσίες, οι οποίες περικοπές συνδυάζονται συχνά με αυξήσεις του μεριδίου των άμεσων πληρωμών από νοικοκυριά. Στην Ιρλανδία, το μερίδιο της δημόσιας χρηματοδότησης των δαπανών για την υγεία μειώθηκε κατά περίπου 6 εκατοστιαίες μονάδες μεταξύ του 2008 και του 2010, και ανέρχεται πλέον στο 70%, ενώ αυξήθηκε το μερίδιο των άμεσων πληρωμών από νοικοκυριά. Υπήρξε επίσης σημαντική πτώση στη Βουλγαρία και στη Σλοβακική Δημοκρατία.
- Μετά τη δημόσια χρηματοδότηση, η κύρια πηγή χρηματοδότησης των δαπανών για την υγεία στις περισσότερες χώρες είναι οι άμεσες πληρωμές. Η χρηματοδότηση ιδιωτικής ασφάλισης υγείας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο μόνον σε λίγες χώρες. Το 2010, το μερίδιο των άμεσων πληρωμών ήταν υψηλότερο στην Κύπρο (49%), τη Βουλγαρία (43%) και την Ελλάδα (38%). Το χαμηλότερο ήταν στις Κάτω Χώρες (6%), τη Γαλλία (7%) και το Ηνωμένο Βασίλειο (9%). Το μερίδιο αυτό αυξήθηκε κατά την τελευταία δεκαετία στα μισά περίπου κράτη μέλη της ΕΕ, κυρίως στη Βουλγαρία, την Κύπρο, τη Μάλτα και την Σλοβακική Δημοκρατία (Σχήμα 5.6.3).
- Η οικονομική κρίση και οι αυξανόμενοι δημοσιονομικοί περιορισμοί έχουν επιτείνει τις πιέσεις στα συστήματα υγείας σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Διάφορες χώρες που έχουν πληγεί σκληρότερα από την κρίση έχουν λάβει σειρά μέτρων για να μειώσουν τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία. Θα είναι σημαντικό να παρακολουθούνται από κοντά οι βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις των μέτρων αυτών στους θεμελιώδεις στόχους των συστημάτων υγείας στις ευρωπαϊκές χώρες για να διασφαλιστούν η κατάλληλη πρόσβαση και η ποιότητα της περίθαλψης.