

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ SPECIAL ARTICLE

Η εξέλιξη των δεικτών υγείας στην Ελλάδα και στην Ευρωπαϊκή Ένωση την περίοδο 2015–2020

Την πενταετία 2015–2019 η κατάσταση υγείας του πληθυσμού στα 27 κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ-27) ακολουθούσε μια θετική στο σύνολό της πορεία, η οποία αποτυπωνόταν και στη βελτίωση των σχετικών δεικτών. Ωστόσο, η έλευση της πανδημίας COVID-19 το 2020 ανέτρεψε την παραπάνω εικόνα και είχε αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία του πληθυσμού των χωρών της ΕΕ-27. Στο παρόν άρθρο επιχειρείται ανάλυση της εξέλιξης των δεικτών υγείας στα 27 κράτη-μέλη της ΕΕ κατά το χρονικό διάστημα 2015–2020, σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία των βάσεων δεδομένων της στατιστικής υπηρεσίας της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Οι σχετικοί δείκτες αποτυπώνονται σε επίπεδο μεμονωμένων χωρών και ως μέσο όρο των χωρών ΕΕ-27, καθώς επίσης των χωρών της Ευρωζώνης (ΕΕ-19). Έτσι, ενώ το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, για τις χώρες ΕΕ-27, αυξήθηκε στο διάστημα 2015–2019, φθάνοντας τα 81,3 έτη, η πανδημία COVID-19 διέκοψε αυτή τη θετική εξέλιξη, με αποτέλεσμα ο δείκτης να υποχωρήσει στα 80,4 έτη για το 2020. Αντίστοιχη εικόνα παρουσίασαν και τα έτη υγιούς ζωής, με αύξηση 2,87% έως το 2019 φθάνοντας τα 64,6 έτη και μείωση κατά -1,1% στους άνδρες και -0,9% στις γυναίκες το 2020. Παράλληλα, κατά την πρώτη πενταετία της μελέτης (2015–2019), ο συνολικός ετήσιος μέσος όρος (ΜΟ) θνησιμότητας των χωρών της ΕΕ παρέμεινε στο ίδιο περίπου επίπεδο (10,4 στην ΕΕ-27 και 10 στην ΕΕ-19, θάνατοι/1.000 άτομα), ενώ το έτος 2020 καταγράφηκε μια καθολικά ανοδική πορεία του δείκτη, καθώς υπήρξε αύξηση των θανάτων σε όλες ανεξαιρέτως τις χώρες από +0,09 (Δανία) έως +2,65 (Βουλγαρία) και μέση τιμή +1,05 (ΕΕ-27). Τέλος, οι ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρικές εξετάσεις ή θεραπείες, ενώ είχαν σημειώσει μείωση κατά 48,5% στο χρονικό διάστημα 2015–2019, αυξήθηκαν κατά 11,8% το έτος 2020. Η ανάλυση της εξέλιξης των δεικτών υγείας κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική για την εκτίμηση της συνολικής επίδρασης της πανδημίας στην ποιότητα ζωής των κατοίκων, αλλά και των υπηρεσιών υγείας στις χώρες της ΕΕ.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία συνιστά ένα θεμελιώδες κοινωνικό αγαθό και ως έννοια πολυδιάστατη, σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ),¹ δεν μπορεί εύκολα να ποσοτικοποιηθεί ώστε να μετρηθεί με ακρίβεια. Ωστόσο, για την καταγραφή των καθοριστικών παραγόντων του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού, την περιγραφή και την παρακολούθηση των μεταβολών του σε μια χρονική περίοδο, την άντληση στοιχείων για τη διαμόρφωση πολιτικών υγείας και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων τους, χρησιμοποιούνται οι δείκτες υγείας.²

Ο ΠΟΥ σε συνεργασία με χώρες και εθνικούς οργανι-

σμούς έχει αναπτύξει έναν παγκόσμιο κατάλογο αναφοράς (global reference list), ο οποίος, όπως τροποποιήθηκε το 2018, περιλαμβάνει δείκτες προτεραιότητας σε τέσσερις κατηγορίες: (α) Δείκτες κατάστασης υγείας, (β) δείκτες παραγόντων κινδύνου, (γ) δείκτες κάλυψης υπηρεσιών υγείας και (δ) δείκτες συστημάτων υγείας.³ Ο κατάλογος αυτός χρησιμεύει ως ένας κοινός γενικός οδηγός για την ομοιόμορφη αποτύπωση των επί μέρους συνιστωσών της υγείας σύμφωνα με τις προτεραιότητες της κάθε χώρας.⁴

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, με σκοπό την εξαγωγή ολοκληρωμένων και συγκρίσιμων πληροφοριών για την παρακολούθηση της υγείας των πολιτών τους, τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2023, 40(6):839–850
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2023, 40(6):839–850

Α. Φλώκου,¹
Μ. Παρασκευοπούλου,²
Π. Θεοδώρου,¹
Δ. Νιάκας^{1,3}

¹Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Διοίκηση Μονάδων Υγείας», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα
²Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης «Η Ευαγγελίστρια», Τρίπολη
³Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Evolution of health indicators in Greece and the EU countries in the period 2015–2020

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας
Δείκτες υγείας
Έτη υγιούς ζωής
Θνησιμότητα
Πανδημία COVID-19
Προσδόκιμο ζωής

Υποβλήθηκε 12.12.2022

Εγκρίθηκε 31.12.2022

Επιτροπή, προχώρησαν στην ανάπτυξη της ομάδας Ευρωπαϊκών Βασικών Δεικτών Υγείας (European Core Health Indicators, ECHI).⁵ Οι δείκτες ECHI συνέβαλαν σημαντικά στη δόμηση των εθνικών συστημάτων πληροφοριών υγείας και έχουν ομαδοποιηθεί στις παρακάτω πέντε κατηγορίες: (α) δημογραφική/κοινωνικοοικονομική κατάσταση, (β) κατάσταση υγείας, (γ) προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας, (δ) παρεμβάσεις υγείας/υπηρεσίες υγείας και (ε) παρεμβάσεις υγείας/προαγωγή της υγείας.⁵

Οι δείκτες υγείας ταξινομούνται σε δείκτες θετικής και δείκτες αρνητικής υγείας. Θετικοί θεωρούνται όταν οι τιμές τους βρίσκονται σε σχέση ευθείας αναλογίας με το αποτιμώμενο μέγεθος και αντικατοπτρίζουν προαγωγή της υγείας ενώ, αντίθετα, αρνητικοί δείκτες είναι αυτοί που βρίσκονται σε σχέση αντίστροφης αναλογίας με το επίπεδο υγείας καθώς όσο μεγαλύτερες είναι οι τιμές τους τόσο χειρότερη είναι η κατάσταση υγείας των ατόμων του πληθυσμού.⁶ Περαιτέρω, διαχωρίζονται σε αντικειμενικούς (προκύπτουν με βάση τα μετρήσιμα δεδομένα, που αφορούν στην κατάσταση υγείας του υπό μελέτη πληθυσμού) και σε υποκειμενικούς (συνάγονται από την αυτοαναφερόμενη αξιολόγηση των ατόμων για το επίπεδο της υπό μελέτη πτυχής της υγείας).⁷ Παρ' όλο που η αντικειμενική (μετρήσιμη) αποτίμηση και η υποκειμενική (αυτοαναφερόμενη) αξιολόγηση θα έπρεπε να συγκλίνουν σε ένα κοινό συμπέρασμα υπάρχουν μεταξύ τους σημαντικές αποκλίσεις, όπως έχει καταγραφεί στη βιβλιογραφία μέσα από μια σειρά σχετικών μελετών.⁸ Υποστηρίζεται πάντως ότι η συλλογή και των δύο τύπων δεικτών οδηγεί σε μια πληρέστερη αποτίμηση της συνολικής εικόνας καθώς ο ένας τύπος μπορεί να συμβάλλει στην ερμηνεία του άλλου. Για παράδειγμα, η αξιοποίηση των αντιλήψεων που έχουν τα άτομα για την υγεία τους, για τη φροντίδα την οποία λαμβάνουν και για τις διαθέσιμες υγειονομικές υπηρεσίες θα μπορούσε να συνεισφέρει στην κατανόηση και στην ερμηνεία των σχετικών αντικειμενικών στατιστικών δεδομένων.⁹

2. ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2015–2020

2.1. Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση

Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση (life expectancy at birth) ή προσδόκιμο επιβίωσης είναι ένας ευρέως χρησιμοποιούμενος δείκτης που μετρά τον μέσο όρο των ετών που αναμένεται ένα άτομο να ζήσει, κατά τη γέννηση, αν διάγει το υπόλοιπο της ζωής του κάτω από τις τρέχουσες συνθήκες θνησιμότητας.¹⁰ Κατά τα πρώτα έτη της μελέτης, 2015–2019, ο ΜΟ του προσδόκιμου ζωής για τις χώρες της ΕΕ-27 παρουσίασε αύξηση σχεδόν 1% και κυμάνθηκε από 80,5 έτη το 2015 σε 81,3 έτη το 2019. Όπως αποτυπώνεται στον πίνακα 1, η Ισπανία κατέγραψε τη μεγαλύτερη τιμή (84 έτη), κατά το έτος 2019, ενώ η Λιθουανία τη μικρότερη τιμή (74,6 έτη), κατά το έτος 2015. Επίσης, με εξαίρεση το 2015, η Βουλγαρία ήταν η χώρα με τις μικρότερες τιμές του δείγματος. Κατά το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, όλες οι χώρες σημείωσαν αύξηση στο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, από 0,36% (Λουξεμβούργο) μέχρι 2,55% (Λιθουανία), ενώ οι χώρες με τον μεγαλύτερο και τον μικρότερο ΜΟ του δείκτη στην πενταετία 2015–2019 ήταν η Ισπανία και η Βουλγαρία με 83,5 και 74,9 έτη, αντίστοιχα. Οι ετήσιες μεταβολές του δείκτη (κατά ΜΟ στο σύνολο των χωρών) ήταν θετικές (αυξήσεις) κατά 2,4 μήνες (από έναν περίπου μήνα στο Λουξεμβούργο έως 5,7 μήνες στη Λιθουανία). Μεταξύ των γυναικών, η μέση ετήσια αύξηση ήταν 2,1 μήνες και κυμαινόταν από έναν περίπου μήνα (Γαλλία και Πολωνία) έως 4,5 μήνες (Λιθουανία), ενώ στους άνδρες ήταν 2,4 μήνες και κυμαινόταν από 0,6 μήνες (Λουξεμβούργο) μέχρι 7,2 μήνες (Λιθουανία) (πίν. 1).

Επίσης, κατά την πρώτη πενταετία, ο ΜΟ του προσδόκιμου ζωής για τις χώρες της Ευρωζώνης (ΕΕ-19) παρουσίασε αύξηση σχεδόν 1%, από 81,6 έτη το 2015 σε 82,4 έτη το 2019. Από τα στοιχεία στο υπό μελέτη διάστημα (2015–2020) προκύπτει ότι οι γυναίκες ζουν περισσότερα

Πίνακας 1. Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση.

Χώρες	2015	2016	2017	2018	2019	2020
ΕΕ-27	80,5	80,9	80,9	81,0	81,3	80,4
ΕΕ-19	81,6	82,0	82,0	82,1	82,4	81,6
Ελλάδα	81,1	81,5	81,4	81,9	81,7	81,4
Ελάχιστη τιμή (ΕΕ-27)	74,6 Λιθουανία	74,9 Βουλγαρία Λετονία Λιθουανία	74,8 Βουλγαρία	75,0 Βουλγαρία	75,1 Βουλγαρία	73,6 Βουλγαρία
Μέγιστη τιμή (ΕΕ-27)	83,0 Ισπανία	83,5 Ισπανία	83,4 Ισπανία	83,5 Ισπανία	84,0 Ισπανία	82,6 Ιρλανδία

Πηγή: EUROSTAT, ίδιοι υπολογισμοί

έτη από τους άνδρες, σε όλες τις χώρες της ΕΕ-27, κατά 5,6 έτη (εικ. 1). Αυτή η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων κυμαίνεται από 3,2 έτη στην Ολλανδία έως 10,1 έτη στη Λιθουανία, ενώ στην Ελλάδα οι γυναίκες, στο ίδιο χρονικό διάστημα, ζουν κατά μέσο όρο 5,1 έτη περισσότερο από τους άνδρες. Ανάλογη διαπίστωση για την υπεροχή των γυναικών έχει αποτυπωθεί και σε προγενέστερες μελέτες.^{11–13}

Στην Ελλάδα το προσδόκιμο ζωής, που εμφάνισε τιμές μεγαλύτερες από τον ΜΟ της ΕΕ-27 και ελαφρώς μικρότερες από τον ΜΟ της ΕΕ-19, αυξήθηκε σε 81,7 έτη το 2019 από 81,1 έτη το 2015 (ποσοστό 0,7%), ενώ το 2020 μειώθηκε κατά 0,4% και υποχώρησε στα επίπεδα του 2017 (81,4 έτη).

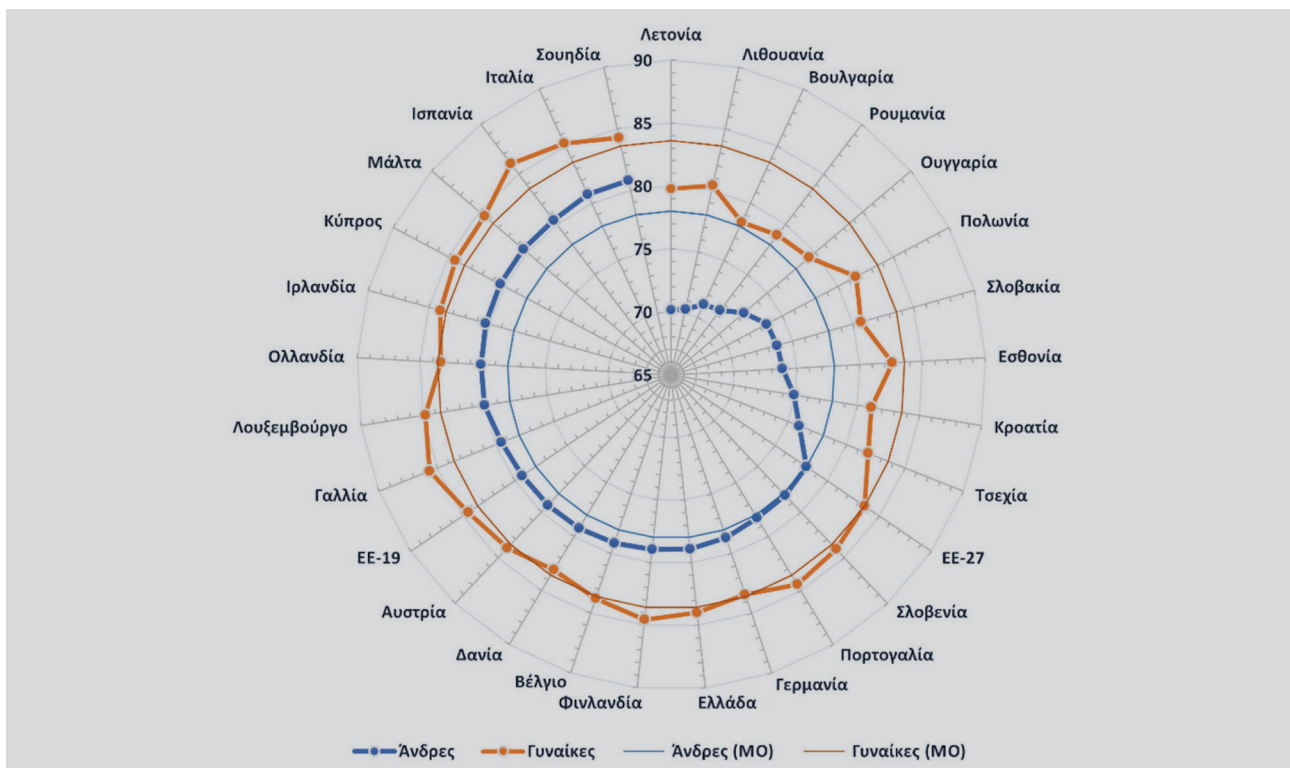
Κατά το τελευταίο έτος της μελέτης, η πανδημία COVID-19 διέκοψε τη θετική εξέλιξη του δείκτη και οι μήνες ζωής που είχαν κερδηθεί τα προηγούμενα έτη χάθηκαν, με αποτέλεσμα ο δείκτης για τις χώρες της ΕΕ-27 να υποχωρήσει στα 80,4 έτη για το 2020, μειωμένος κατά 1,1% σε σχέση με το 2019. Εννέα συνολικά χώρες σημείωσαν μειώσεις μεγαλύτερες του ενός έτους, ενώ μόνο δύο χώρες στο ίδιο διάστημα εμφάνισαν αύξηση κατά έναν περίπου μήνα. Για τις χώρες της Ευρωζώνης ο δείκτης, από 81,6 έτη το 2015 ανήλθε στα 82,4 έτη το 2019, σημειώνοντας αύξηση 1%, την οποία έχασε σε μόλις ένα έτος κατά τη μετάβαση στο έτος 2020 (πίν. 1).

2.2. Έτη υγιούς ζωής

Η διάσταση ως προς το επίπεδο της ποιότητας δίνεται μέσω του δείκτη έτη υγιούς ζωής (ΕΥΖ) (healthy life years, HLY) ή προσδόκιμο ζωής χωρίς αναπηρία (disability free life expectancy), ο οποίος ορίζεται ως ο αριθμός των ετών που αναμένεται να ζήσει ένα άτομο, μετά τη γέννησή του, σε υγιή κατάσταση, δηλαδή χωρίς αναπηρία ή και περιορισμούς στη λειτουργικότητα.¹⁴

Ο συγκεκριμένος δείκτης, στην πρώτη πενταετία της μελέτης, παρουσίασε αύξηση 2,9%, καθώς ο ΜΟ στις χώρες της ΕΕ-27 από τα 62,8 έτη το 2015 έφθασε στα 64,6 έτη το 2019 (πίν. 2). Οι μεγαλύτερες τιμές του καταγράφηκαν στη Μάλτα και στη Σουηδία, με μέσο όρο πενταετίας 72,8 και 72,9 έτη, αντίστοιχα, ενώ η μικρότερη τιμή του σημειώθηκε στη Λετονία, με μέσο όρο πενταετίας 52,7 έτη. Συνολικά, στο διάστημα 2015–2019, ο δείκτης για την ΕΕ-27 αυξήθηκε κατά 21,6 μήνες (2,9%), ενώ η μεγαλύτερη αύξηση σημειώθηκε στην Ισπανία κατά 17,7 μήνες (9,2%) και στην Ιταλία κατά 17,1 μήνες (9,1%). Ωστόσο, υπήρξαν οκτώ χώρες με αρνητική μεταβολή του δείκτη, που κατέγραψαν μειώσεις από 5,4 έως 0,3 μήνες.

Κατά τη μετάβαση από το 2019 στο 2020, ο ΜΟ του δείκτη στην ΕΕ-27 μειώθηκε κατά 7,2 μήνες (-0,9%) (πίν. 2).



Εικόνα 1. Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση γυναικών-ανδρών (έτη) στις χώρες της ΕΕ-27 (μέση τιμή 2015–2020). ΜΟ: Μέσος όρος.

Πίνακας 2. Έτη υγιούς ζωής.

Χώρες	2015	2016	2017	2018	2019	2020
ΕΕ-27	62,8	64,0	63,9	64,0	64,6	64,0
Ελλάδα	64,0	64,3	64,8	65,4	66,0	65,9
Ελάχιστη τιμή (ΕΕ-27)	53,0	53,6	51,4	52,3	53,1	53,4
	Λετονία	Βουλγαρία	Λετονία	Λετονία	Λετονία	Λετονία
Μέγιστη τιμή (ΕΕ-27)	73,6	73,2	72,7	72,8	73,3	72,7
	Μάλτα	Σουηδία	Μάλτα	Σουηδία	Σουηδία	Σουηδία

Πηγή: EUROSTAT, ίδιοι υπολογισμοί

Σε επίπεδο μεμονωμένων χωρών, τη μεγαλύτερη μείωση σημείωσαν η Ισπανία κατά 43,2 μήνες (-5,2%), η Ιρλανδία κατά 40,8 μήνες (-4,9%) και η Μάλτα κατά 32,4 μήνες (-3,7%). Ωστόσο, υπήρξαν χώρες που κατέγραψαν θετική μεταβολή, όπως η Σλοβενία κατά 50,4 μήνες (6,9%), η Εσθονία κατά 21,6 μήνες (3,2%), η Αυστρία κατά 16,8 μήνες (2,4%) και το Βέλγιο κατά 16,8 μήνες (2,2%).

Για τους άνδρες στην ΕΕ-27, ο ΜΟ του δείκτη το έτος 2020 ήταν 63,5 έτη και για τις γυναίκες 64,5 έτη (μειωμένος κατά 1,1% και 0,9%, αντίστοιχα, σε σχέση με το 2019). Στο διάστημα 2015–2020 η Σουηδία είχε το υψηλότερο προσδόκιμο ζωής χωρίς αναπηρία στους άνδρες (73,3 έτη), ενώ η Μάλτα είχε την υψηλότερη τιμή του δείκτη στις γυναίκες (73 έτη). Οι χαμηλότερες τιμές τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες σημειώθηκαν στη Λετονία με 51,8 και 53,9 έτη, αντίστοιχα. Οι μεγαλύτερες αυξήσεις του δείκτη για τα δύο φύλα, κατά τη μετάβαση από το 2019 στο 2020, σημειώθηκαν στη Σλοβενία, κατά 5,1% και 8,3%, ενώ οι μεγαλύτερες μειώσεις εντοπίστηκαν στην Ιρλανδία (-4,8%) και στην Ισπανία (-5,8%) για τους άνδρες και τις γυναίκες, αντίστοιχα.

Στην Ελλάδα, ο δείκτης ΕΥΖ κατέγραψε τιμές μεγαλύτερες από τον ΜΟ της ΕΕ-27 και αυξήθηκε από 64 έτη το 2015 σε 66 έτη το 2019 (συνολική αύξηση 3,1%), ενώ το έτος 2020 μειώθηκε κατά 0,2% σε σχέση με το 2019 και υποχώρησε στα 65,9 έτη. Το ίδιο διάστημα ο δείκτης στους άνδρες κατέγραψε μείωση 7,2 μήνες (-0,9%), ενώ, αντίθετα, στις γυναίκες κατέγραψε αύξηση κατά 4,8 μήνες (0,6%).

Το έτος 2019, το προσδόκιμο ζωής χωρίς αναπηρία (64,6 έτη στην ΕΕ-27) αντιπροσώπευε το 79,5% του προσδόκιμου ζωής (81,3 έτη) για το σύνολο του πληθυσμού, ενώ για τους άνδρες και τις γυναίκες ο δείκτης προσδόκιμο ζωής χωρίς αναπηρία ήταν 64,2 και 65,1 έτη και αντιπροσώπευε το 81,8% και το 77,5% του προσδόκιμου ζωής για άνδρες (78,5 έτη) και γυναίκες (84 έτη), αντίστοιχα.

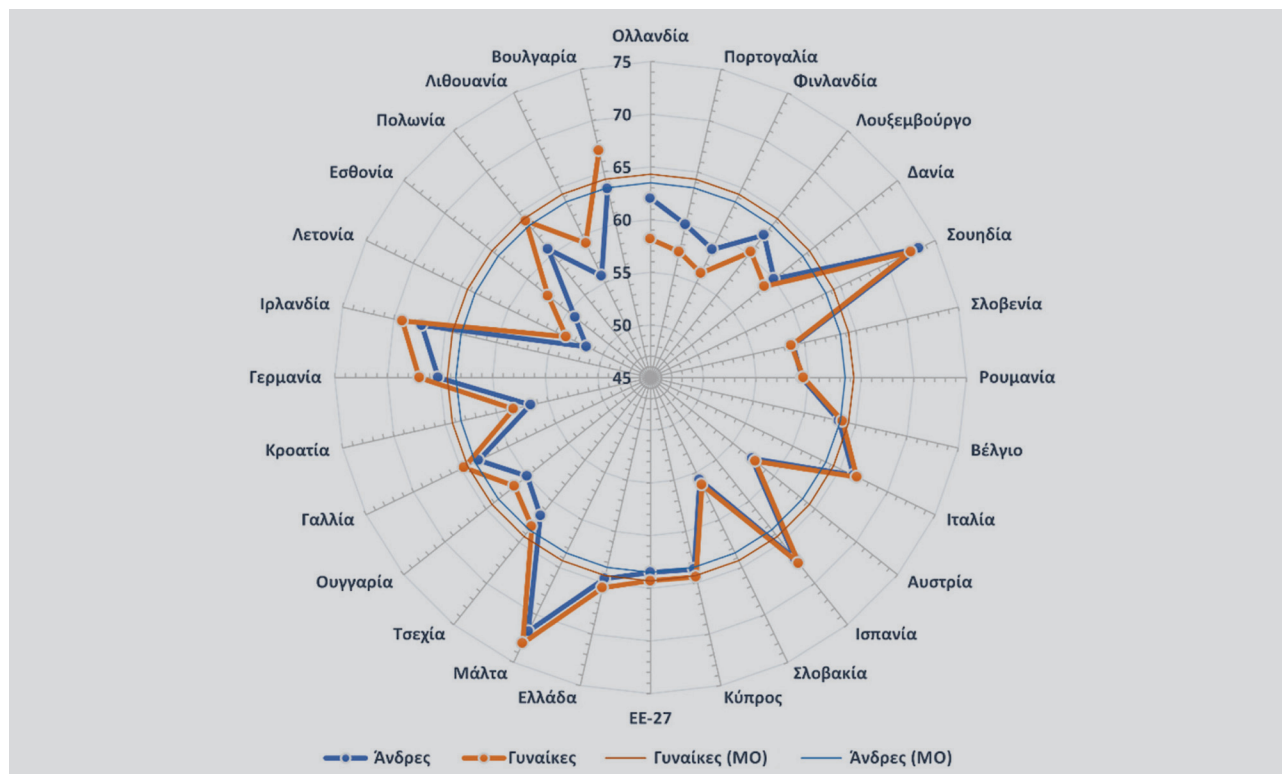
Αξίζει να σημειωθεί ότι παρ' όλο που για όλες τις χώρες και σε όλα τα έτη της μελέτης ο δείκτης προσδόκιμο

ζωής κατά τη γέννηση καταγράφει μεγαλύτερες τιμές στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, από 3,2 (Ολλανδία) έως 10,1 έτη (Λιθουανία), δεν συμβαίνει το ίδιο και για τον δείκτη ΕΥΖ. Συγκεκριμένα, ενώ σε επτά από τις χώρες του δείγματος –Σλοβενία, Σουηδία, Δανία, Λουξεμβούργο, Φινλανδία, Πορτογαλία, Ολλανδία– οι άνδρες ζουν λιγότερα έτη από τις γυναίκες, περνούν περισσότερα έτη με καλή υγεία και χωρίς περιορισμούς δραστηριότητας σε σχέση με αυτές (εικ. 2). Στην Ολλανδία μάλιστα, ενώ η διαφορά μεταξύ γυναικών και ανδρών στο προσδόκιμο ζωής είναι +3,2 έτη, η αντίστοιχη διαφορά στα ΕΥΖ είναι -3,9 έτη (ΜΟ 2015–2020).

Ωστόσο, μεταξύ των χωρών της ΕΕ-27 καταγράφονται μεγαλύτερες διαφορές στον δείκτη ΕΥΖ, δηλαδή στον αριθμό των ετών που αναμένεται να ζήσει ο πληθυσμός τους σε υγιή κατάσταση, χωρίς αναπηρία ή και περιορισμούς στη λειτουργικότητα (ποιότητα), σε σύγκριση με τις αντίστοιχες διαφορές οι οποίες καταγράφονται στο προσδόκιμο ζωής (ποσότητα).

2.3. Θνησιμότητα

Το ποσοστό θνησιμότητας (mortality rate) είναι ένα μέτρο του ρυθμού (ή συχνότητας) εμφάνισης θανάτων σε έναν συγκεκριμένο πληθυσμό και προκύπτει από τον αριθμό θανάτων που συντελούνται σε μια ορισμένη χρονική περίοδο, συνήθως στο έτος, διαιρούμενο με τον πληθυσμό. Σε επίπεδο χωρών χρησιμοποιείται ο ακατέργαστος δείκτης θνησιμότητας (crude death rate, CDR), ο οποίος ισούται με τον λόγο του αριθμού των καταγεγραμμένων θανάτων σε ένα έτος προς το σύνολο του πληθυσμού στα μέσα του ίδιου έτους (με αναγωγή στους 1.000 κατοίκους).¹⁵ Σε περιόδους υγειονομικών κρίσεων, όπως η πανδημία COVID-19, υπεισέρχεται η έννοια της υπερβάλλουσας θνησιμότητας, η οποία ορίζεται ως η καθαρή διαφορά μεταξύ του πλήθους των θανάτων (από όλες τις αιτίες) κατά τη διάρκεια της πανδημίας και των θανάτων που θα αναμένονταν (από όλες τις αιτίες) με βάση την εξέλιξη της τάσης της θνησιμότητας του παρελθόντος.¹⁶



Εικόνα 2. Έτη υγιούς ζωής γυναικών-ανδρών στις χώρες της ΕΕ-27 (μέση τιμή 2015–2020).

Πίνακας 3. Θνησιμότητα (θάνατοι/1.000).

Χώρες	2015	2016	2017	2018	2019	2020
ΕΕ-27	10,4	10,2	10,5	10,5	10,4	11,6
ΕΕ-19	10,1	9,8	10,1	10,1	10,1	11,1
Ελλάδα	11,2	11,0	11,6	11,2	11,7	12,3
Ελάχιστη τιμή (ΕΕ-27)	6,4	6,4	6,3	6,4	6,3	6,5
	Ιρλανδία	Βουλγαρία	Ιρλανδία	Ιρλανδία	Ιρλανδία	Ιρλανδία
Μέγιστη τιμή (ΕΕ-27)	15,3	15,1	15,5	15,5	15,5	18,0
	Βουλγαρία	Βουλγαρία	Βουλγαρία	Βουλγαρία	Βουλγαρία	Βουλγαρία

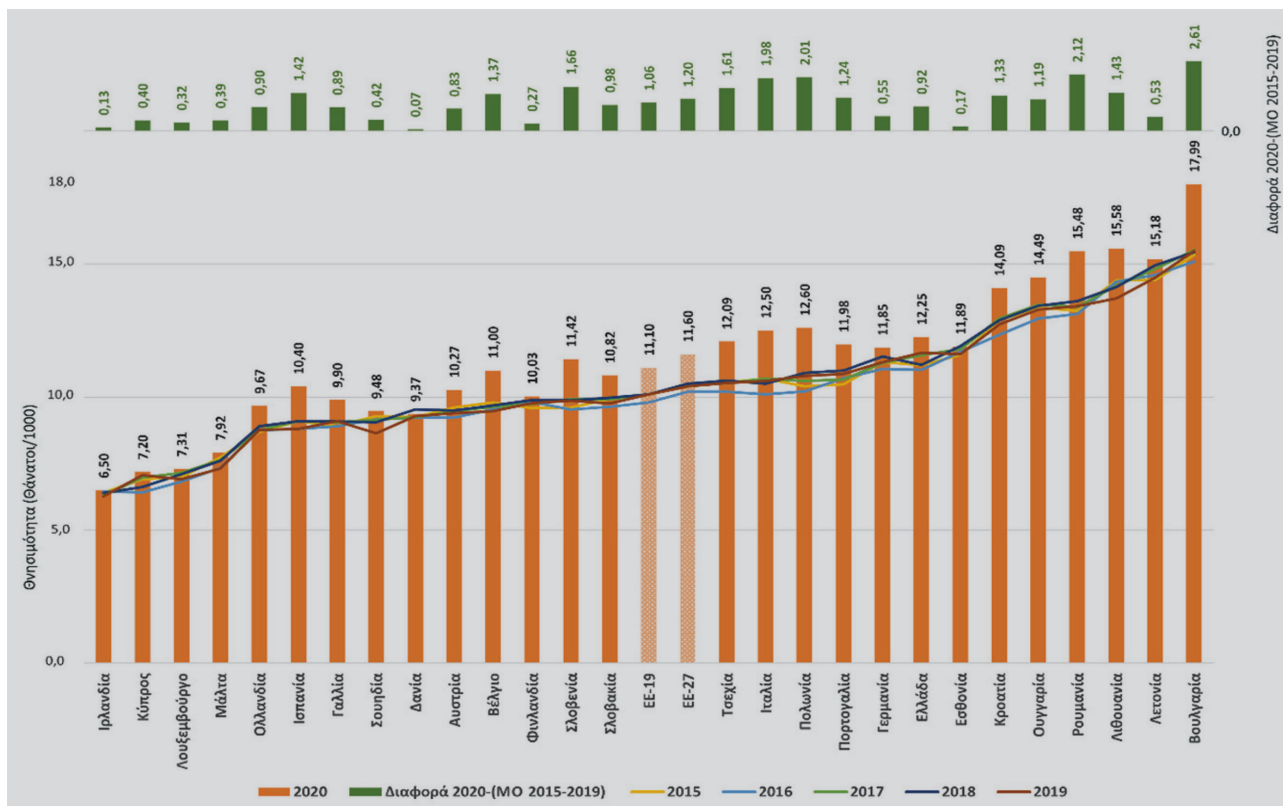
Πηγή: EUROSTAT, ίδιοι υπολογισμοί

Όπως αποτυπώνεται στον πίνακα 3, κατά την πρώτη πενταετία της μελέτης (2015–2019) ο συνολικός ετήσιος ΜΟ θνησιμότητας των χωρών της ΕΕ παρέμεινε στο ίδιο περίπου επίπεδο (10,4 θάνατοι/1.000 άτομα στην ΕΕ-27 και 10 θάνατοι/1.000 άτομα στην ΕΕ-19).

Σε μεμονωμένο επίπεδο, οι μεταβολές που καταγράφηκαν στις τιμές του δείκτη των χωρών της ΕΕ-27 ήταν κατανεμημένες σχεδόν ισομερώς μεταξύ των δύο κατευθύνσεων, καθώς σε 14 χώρες κινήθηκε καθοδικά και στις υπόλοιπες 13 ανοδικά. Οι χώρες στα δύο άκρα της κατάταξης των (κατ’ απόλυτη τιμή) μεταβολών που σημειώθηκαν στην πενταετία 2015–2019 ήταν η Λιθουανία (με τη μεγαλύτε-

ρη μείωση -0,68) και η Ελλάδα (με τη μεγαλύτερη αύξηση 0,46). Οι μεγαλύτερες (ποσοστιαίες) αυξήσεις του δείκτη σημειώθηκαν στην Ελλάδα (4,1%), στην Πολωνία (3,8%) και στην Πορτογαλία (3,7%), ενώ, αντίθετα, οι μεγαλύτερες μειώσεις καταγράφηκαν στη Σουηδία (-6,91%), στη Μάλτα (-5,4%) και στη Λιθουανία (-4,7%).

Σ’ ό,τι αφορά στο έτος 2020, σε σχέση με το 2019, καταγράφηκε μια καθολικά ανοδική πορεία του δείκτη καθώς υπήρξε αύξηση των θανάτων σε όλες ανεξαιρέτως τις χώρες, από 0,09 (Δανία) έως 2,65 (Βουλγαρία) και μέση τιμή 1,05 (ΕΕ-27) (εικ. 3). Στην Ελλάδα, η αύξηση του δείκτη ήταν στο μισό περίπου της μέσης αύξησης της ΕΕ-27 (5,1%



Εικόνα 3. Θνησιμότητα στις χώρες της ΕΕ-27 (2015–2020).

έναντι 11,3%) (πίν. 3). Ωστόσο, για το έτος 2020 η απόλυτη τιμή του (12,3) ήταν μεγαλύτερη από τον ΜΟ της ΕΕ-27, παρ'ότι είχαν επιβληθεί καθολικά και παρατεταμένα μέτρα απαγόρευσης της κυκλοφορίας (lockdown) από το πρώτο κύμα της πανδημίας COVID-19.

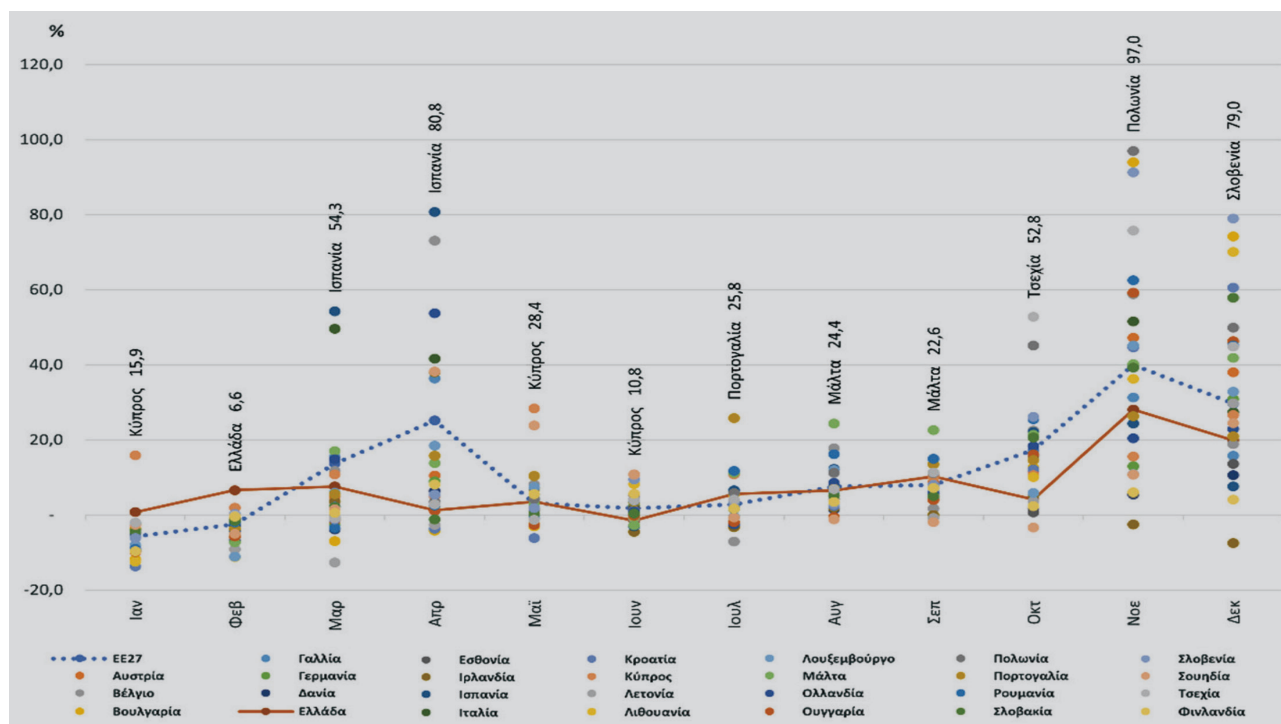
Εντός του έτους 2020, στην ΕΕ-27 καταγράφηκαν δύο διακριτά κύματα κορύφωσης της πανδημίας (εικ. 4), κατά τα οποία ο δείκτης υπερβάλλουσας θνησιμότητας σημείωσε διψήφια ποσοστά αύξησης, το πρώτο κύμα κατά τους μήνες Μάρτιο (13,7%) και Απρίλιο (25,2%) και το δεύτερο κατά τους μήνες Οκτώβριο (17,3%), Νοέμβριο (40%) και Δεκέμβριο (29,7%). Η Ισπανία ήταν η επικεφαλής χώρα κατά το δίμηνο Μαρτίου-Απριλίου (54,3% – 80,8%) ακολουθούμενη από την Ιταλία (49,6% – 41,7%). Οι χώρες με τα μεγαλύτερα ποσοστά υπερβάλλουσας θνησιμότητας κατά το δεύτερο και εντονότερο κύμα στο τρίμηνο Οκτωβρίου-Νοεμβρίου-Δεκεμβρίου ήταν η Σλοβενία (26,1% – 91,3% – 79%), η Πολωνία (5,2% – 97% – 49,9%), η Βουλγαρία (12,6% – 94% – 74,3%) και η Τσεχία (52,8% – 75,8% – 44,9%). Στην Ελλάδα, ο δείκτης της υπερβάλλουσας θνησιμότητας το 2020 σημείωσε τις μεγαλύτερες τιμές του στο δίμηνο Νοεμβρίου-Δεκεμβρίου (28,1% – 19,9%), στο διάστημα δηλαδή της κορύφωσης του δεύτερου κύματος της πανδημίας (πίν. 4).

2.4. Ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρική εξέταση ή θεραπεία

Οι δείκτες που αποτυπώνουν τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της ισότητας στις υπηρεσίες υγείας, καθώς υψηλές τιμές τους υποδηλώνουν άνιση και σε κάποιο βαθμό περιορισμένη πρόσβαση. Κατά την ανάλυση και ερμηνεία του δείκτη δεν θα πρέπει να αγνοείται η υποκειμενική συνιστώσα του, δεδομένου ότι βασίζεται σε αυτοαναφορική πληροφορία.¹⁷

Σ'ότι αφορά στον δείκτη ανεκπλήρωτων αναγκών για ιατρική εξέταση ή θεραπεία, εμφανίζεται μια εικόνα μεγάλων διακυμάνσεων και μεταβολών, τόσο μεταξύ των χωρών όσο και μεταξύ των ετών της μελέτης (είναι χαρακτηριστικό ότι οι τιμές του δείκτη κυμαίνονται από μηδέν στη Μάλτα έως 16,4 στην Εσθονία) (πίν. 5).

Σε επίπεδο μέσων όρων παρατηρείται ότι οι υψηλές σχετικά τιμές του δείκτη που καταγράφονται στο πρώτο έτος της μελέτης 2015 (3,3 στην ΕΕ-27 και 2,7 στην ΕΕ-19) αποκλιμακώνονται σημαντικά στη συνέχεια (-15% στο 2016), με σημείο καμπής τη μετάβαση στο έτος 2017, όπου υφίστανται σημαντική υποχώρηση κατά 43% και



Εικόνα 4. Υπερβάλλουσα θνησιμότητα στις χώρες της ΕΕ-27 (2020).

Πίνακας 4. Υπερβάλλουσα θνησιμότητα (%) στις χώρες της ΕΕ-27 (2020).

Μήνας (2020)	ΕΕ-27	Ελλάδα	Ελάχιστη τιμή (ΕΕ-27) – χώρα	Μέγιστη τιμή (ΕΕ-27) – χώρα
Ιανουάριος	-5,7	0,8	-13,7 Κροατία	15,9 Κύπρος
Φεβρουάριος	-2,5	6,6	-11,2 Λιθουανία	6,6 Ελλάδα
Μάρτιος	13,7	7,6	-12,6 Λετονία	54,3 Ισπανία
Απρίλιος	25,2	1,3	-4,2 Βουλγαρία	80,8 Ισπανία
Μάιος	3,1	3,5	-6,1 Κροατία	28,4 Κύπρος
Ιούνιος	1,8	-1,5	-4,5 Ιρλανδία	10,8 Κύπρος
Ιούλιος	2,8	5,6	-7,1 Βέλγιο	25,8 Πορτογαλία
Αύγουστος	7,6	6,5	-1,2 Σουηδία	24,4 Μάλτα
Σεπτέμβριος	8,0	10,3	-1,9 Σουηδία	22,6 Μάλτα
Οκτώβριος	17,3	4,2	-3,3 Σουηδία	52,8 Τσεχία
Νοέμβριος	40,0	28,1	-2,5 Ιρλανδία	97,0 Πολωνία
Δεκέμβριος	29,7	19,9	-7,5 Ιρλανδία	79,0 Σλοβενία

Πηγή: EUROSTAT, ίδιοι υπολογισμοί

διαμορφώνονται σε 1,6 (ΕΕ-27) και 1,3 (ΕΕ-19), μειωμένοι πάνω από το μισό σε σχέση με τις τιμές του 2015. Κατά τα επόμενα δύο έτη, οι (μέσες ετήσιες) τιμές του δείκτη παρουσιάζουν μικρότερης κλίμακας αυξομειώσεις και, συνολικά, κατά μήκος της διαδρομής στο διάστημα της πενταετίας 2015–2019 εμφανίζονται μειωμένες κατά -48,5% (ΕΕ-27) και -51,5% (ΕΕ-19) το 2019, σε σχέση με το 2015.

Κατά το τελευταίο έτος (2020), οι τιμές του δείκτη κινούνται ανοδικά αλλά ασύμμετρα ως προς τις δύο ομάδες (27/19) των χωρών, με ποσοστά αύξησης 11,8% (ΕΕ-27) και 38,5% (ΕΕ-19), με αποτέλεσμα να προσεγγίζουν μεταξύ τους και να διαμορφώνονται –για πρώτη φορά στο υπό μελέτη χρονικό διάστημα– τόσο κοντά (1,9 για την ΕΕ-27 και 1,8 για την ΕΕ-19) (πίν. 5). Από την εικόνα 5, στην οποία παρουσιάζεται ο

Πίνακας 5. Ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρική εξέταση ή θεραπεία (%).

Χώρες	2015	2016	2017	2018	2019	2020
ΕΕ-27	3,3	2,8	1,6	1,8	1,7	1,9
ΕΕ-19	2,7	2,3	1,3	1,4	1,3	1,8
Ελλάδα	12,3	13,1	10,0	8,8	8,1	6,5
Ελάχιστη τιμή (ΕΕ-27)	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0
	Αυστρία Ολλανδία	Αυστρία Ολλανδία	Ισπανία Ολλανδία	Αυστρία	Μάλτα	Μάλτα
Μέγιστη τιμή (ΕΕ-27)	12,7	15,3	11,8	16,4	15,5	13,0
	Εσθονία	Εσθονία	Εσθονία	Εσθονία	Εσθονία	Εσθονία

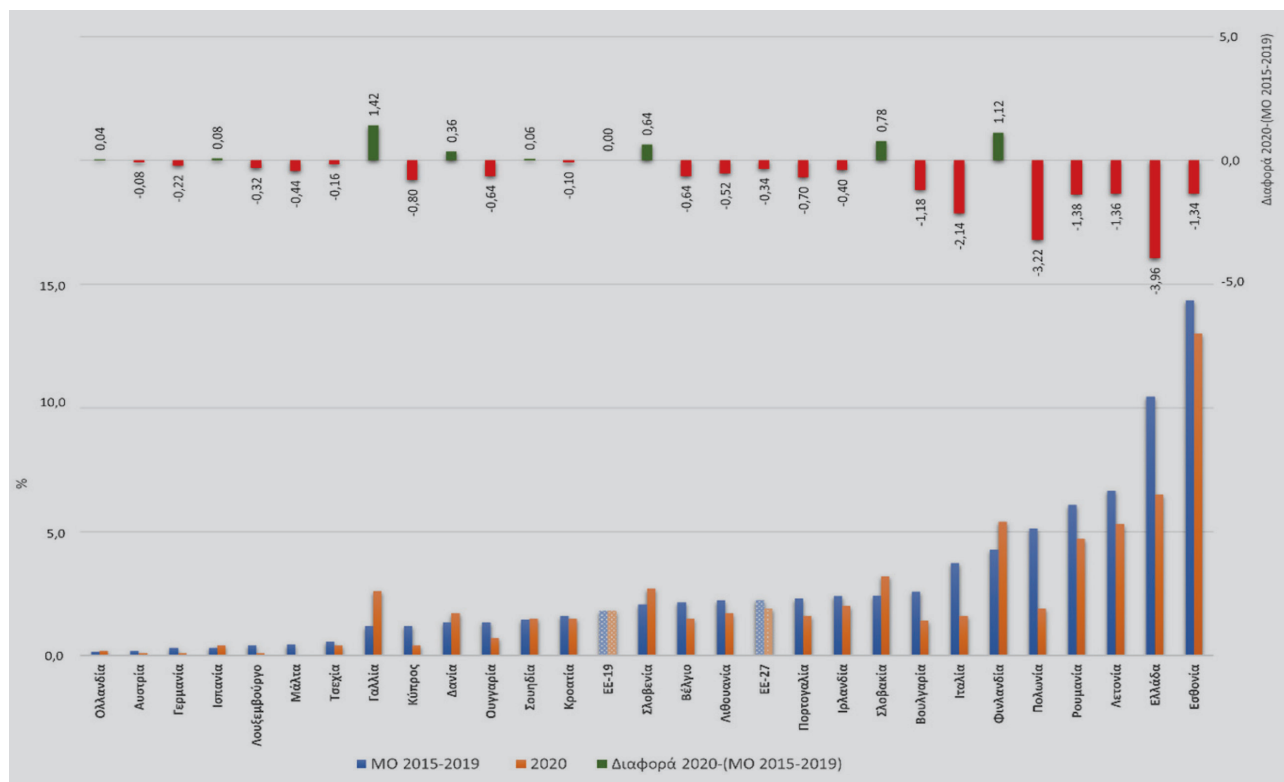
Πηγή: EUROSTAT, ίδιοι υπολογισμοί

δείκτης ανεκπλήρωτων αναγκών το έτος 2020, σε σχέση με τον ΜΟ της πενταετίας 2015–2019 και της μεταξύ τους διαφοράς, προκύπτει ότι κατά τη μετάβαση στο 2020 οι ανεκπλήρωτες ανάγκες καταγράφονται μειωμένες στις περισσότερες χώρες.

Να σημειωθεί ότι, κατά τη μετάβαση στο 2020, παρ' όλο που καταγράφεται μια συνολική αύξηση της τιμής του δείκτη (ως προς τους ΜΟ των 27 χωρών) κατά 11,8%, οι μισές περίπου χώρες εμφανίζουν μείωση σε σχέση με το 2019. Μεταξύ των εν λόγω χωρών συγκαταλέγεται και η Ελλάδα, για την οποία ο δείκτης (στο διάστημα 2019–2020)

εμφανίζεται μειωμένος κατά -19,8% (από 8,1 σε 6,5) και ενώ είχε ήδη σημειώσει σημαντική μείωση κατά το προηγούμενο διάστημα 2015–2019 κατά -34,1% (από 12,3 σε 8,1) (εικ. 5).

Σημειώνεται ότι, για τη συγκεκριμένη μείωση, έχουν ληφθεί υπ' όψιν οι παράγοντες του υψηλού κόστους, της μεγάλης απόστασης και της μεγάλης λίστας αναμονής. Εάν όμως ληφθούν υπ' όψιν και οι υπόλοιποι πιθανοί παράγοντες (που σύμφωνα με τη Eurostat ορίζονται ως μη σχετιζόμενοι με το σύστημα υγείας), η τιμή του δείκτη για την Ελλάδα, κατά τη μετάβαση στο 2020, σημειώνει αύξηση κατά 30,8% (από 9,1 σε 11,9). Το ενδιαφέρον στοιχείο που

**Εικόνα 5.** Ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρική εξέταση ή θεραπεία στις χώρες της ΕΕ-27 (2015–2020).

προκύπτει από τα δεδομένα είναι ότι, ενώ στο διάστημα 2015–2019 οι μη σχετιζόμενοι με το σύστημα υγείας λόγοι συναθροίζονταν σε ποσοστά της τάξης του 1,5%, στο πρώτο έτος της πανδημίας το ποσοστό αυτό πενταπλασιάστηκε, φθάνοντας το 5,4% (εικ. 6). Η παραπάνω εικόνα πιθανόν να οφείλεται σε παράγοντες που σχετίζονται με τη νόσο COVID-19, όπως ο φόβος για πιθανή μόλυνση από τον ιό και η ακύρωση ή η αναβολή των υπηρεσιών μη επείγουσας φροντίδας.

3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από τη μελέτη προέκυψε ότι η πορεία του προσδόκιμου ζωής κατά τη γέννηση, στο χρονικό διάστημα 2015–2019, ήταν θετική, φθάνοντας στα 81,3 (ΕΕ-27) και 82,4 έτη (ΕΕ-19), αντίστοιχα. Ωστόσο, με την έλευση της πανδημίας COVID-19 το 2020 η θετική πορεία ανασχέθηκε, με αποτέλεσμα ο δείκτης να υποχωρήσει στα επίπεδα του έτους 2015. Όπως έχει καταγραφεί σε σχετικές μελέτες, η πανδημία επηρέασε αρνητικά το προσδόκιμο ζωής, καθώς οδήγησε τα συστήματα υγείας πολλών χωρών σε κορεσμό αυξάνοντας τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα είτε άμεσα είτε έμμεσα, με τις περισσότερες απώλειες του δείκτη να οφείλονται κυρίως στους θανάτους από COVID-19 σε ηλικίες >60 ετών.^{18–20}

Το έτος 2020 απωλέσθηκε ο χρόνος ζωής που είχε κερδηθεί από το 2015, και για τα δύο φύλα στις χώρες της ΕΕ-27. Οι μεγαλύτερες μειώσεις ήταν 1,6 έτη για τους άνδρες (στη Βουλγαρία και στην Πολωνία) και 1,5 έτη για

τις γυναίκες στην Ισπανία, όπου σύμφωνα και με σχετική μελέτη ισοδυναμεί με επιστροφή του προσδόκιμου ζωής στα επίπεδα τιμών του 2009.²⁰ Ωστόσο, στο ίδιο διάστημα υπήρξαν χώρες που παρέμειναν αμετάβλητες ή σημείωσαν μικρή αύξηση, ενώ στην Ελλάδα σημειώθηκε μικρή μείωση του δείκτη και στα δύο φύλα.

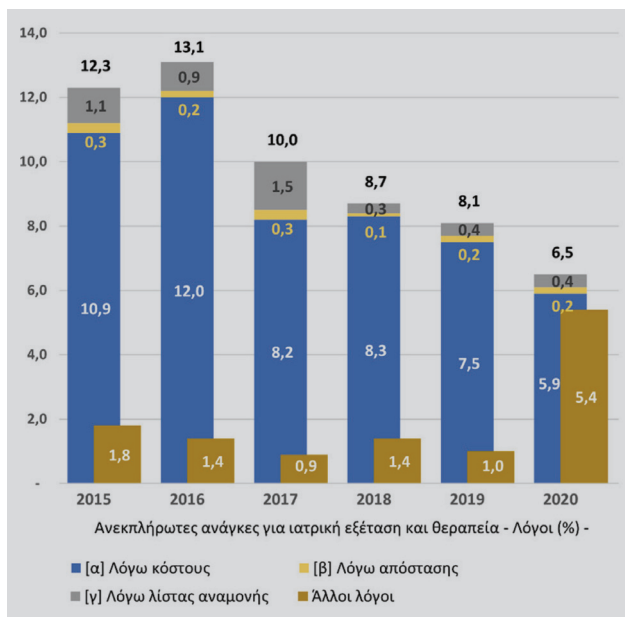
Σε σχετική μελέτη καταγράφεται ότι σε παγκόσμιο επίπεδο χάθηκαν >20,5 εκατομμύρια έτη ζωής λόγω COVID-19, με τα τρία τέταρτα από αυτά να αφορούν στις απώλειες από άτομα που πέθαναν σε ηλικίες <75 ετών, καθώς και ότι οι άνδρες έχουν απωλέσει 45% περισσότερα έτη ζωής σε σχέση με τις γυναίκες.²¹

Κατά μήκος όλων των ετών και όλων των χωρών της ΕΕ-27, οι γυναίκες ζουν (κατά ΜΟ) 5,8 έτη περισσότερο από τους άνδρες. Μελέτες δείχνουν ότι οι διαφορές στο προσδόκιμο ζωής μεταξύ των δύο φύλων συνδέονται με ευρύτερους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας, κοινωνικούς, συμπεριφορικούς, επιδημιολογικούς, οι οποίοι έχουν διαφορετικό αντίκτυπο στις γυναίκες και στους άνδρες.^{22,23}

Αύξηση κατά 1,8 έτη σημείωσαν τα ΕΥΖ στις χώρες της ΕΕ-27, για το χρονικό διάστημα 2015–2019, προσεγγίζοντας τα 64,6 έτη. Ωστόσο, υπήρξαν οκτώ χώρες με αρνητική μεταβολή του δείκτη. Στην Ελλάδα, στο ίδιο διάστημα ο δείκτης ακολούθησε αυξητική πορεία φθάνοντας τα 66 έτη. Η αύξηση του δείκτη έχει συσχετιστεί με λόγους όπως η άνοδος του βιοτικού επιπέδου, η βελτίωση του τρόπου ζωής, η καλύτερη εκπαίδευση και η μεγάλη πρόοδος τόσο στην ιατρική επιστήμη όσο και στη βιοϊατρική τεχνολογία. Μελέτη που διενεργήθηκε σε άτομα >45 ετών κατέληξε ότι επί απουσίας παραγόντων κινδύνου, όπως καπνίσματος, υπέρτασης και παχυσαρκίας, τα άτομα αυτά κέρδισαν περισσότερα ΕΥΖ λόγω μη εμφάνισης (ή και καθυστερημένης εκδήλωσης) χρόνιων παθήσεων ή αναπηρίας.²⁴ Κατά τη μετάβαση στο 2020 καταγράφηκε μείωση στην τιμή του δείκτη των ΕΕ-27 κατά 1,1% στους άνδρες και κατά 0,9% στις γυναίκες.

Ωστόσο, σ' ό,τι αφορά στις διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, παρατηρήθηκε ότι ενώ η διαφορά στο προσδόκιμο ζωής είναι καθολική και διακριτή υπέρ των γυναικών, δεν ισχύει το ίδιο και για τα ΕΥΖ. Επί πλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι η διακύμανση στις διαφορές που καταγράφονται μεταξύ των χωρών της ΕΕ-27 είναι μεγαλύτερη στα ΕΥΖ (διάσταση ποιότητας) απ' ό,τι στο προσδόκιμο ζωής (διάσταση ποσότητας).

Παρ' ό,τι ο ΜΟ της θνησιμότητας, στην πενταετία 2015–2019, στις χώρες της ΕΕ-27 παρέμεινε περίπου σταθερός, ο δείκτης σε επίπεδο μεμονωμένων χωρών παρουσίασε μικτή εικόνα. Έχει διαπιστωθεί ότι η θνησιμότητα συνδέεται



Εικόνα 6. Ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρική εξέταση ή θεραπεία στην Ελλάδα (2015–2020) – Λόγοι.

στενά με μια πλειάδα κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, καθώς τα άτομα με υψηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση ζουν περισσότερα έτη και είναι πιο υγιή από άτομα χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, τόσο στις ανεπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες.²⁵

Με την έλευση της πανδημίας COVID-19, το 2020, διαταράχθηκε η πορεία του δείκτη καθώς η θνησιμότητα αυξήθηκε σε όλες τις χώρες της ΕΕ-27. Στο σύνολο των 27 χωρών καταγράφηκαν 531.045 περισσότεροι θάνατοι σε σύγκριση με το 2019, ενώ η έκταση των απωλειών που πυροδότησε η πανδημία COVID-19 ήταν τέτοια που χαρακτηρίστηκε ως αντίστοιχη του μεγέθους των απωλειών οι οποίες είχαν σημειωθεί στη δυτική και στην ανατολική Ευρώπη κατά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο και τη διάλυση της Σοβιετικής Ένωσης.¹⁸ Η πανδημία έπληξε περισσότερο τους ηλικιωμένους και τα άτομα με μακροχρόνια προβλήματα υγείας, με το 90% του συνόλου των θανάτων από COVID-19 να αντιστοιχεί σε ηλικιωμένους, ενώ ποσοστό 40% να προέρχεται από άτομα που βρίσκονταν σε δομές μακροχρόνιας φροντίδας.²⁶

Σ' ό,τι αφορά στην επίδραση της πανδημίας στην υπερβάλλουσα θνησιμότητα δεν υπήρξε ενιαία εικόνα για όλες τις χώρες της ΕΕ-27. Κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας COVID-19, παρ' ό,τι τα ποσοστά υπερβάλλουσας θνησιμότητας στην ΕΕ ανήλθαν έως 70%, υπήρξαν πέντε χώρες που κατέγραψαν αρνητικές τιμές, καθώς και δέκα χώρες με ποσοστά που δεν υπερέβησαν το 5%. Κατά το δεύτερο κύμα, το τελευταίο τρίμηνο του 2020, τα ποσοστά υπερβάλλουσας θνησιμότητας ήταν στο σύνολό τους αρκετά μεγαλύτερα σε σχέση με την προηγούμενη φάση. Ωστόσο, υπήρχαν και χώρες που, ενώ επλήγησαν σοβαρά στην αρχή της πανδημίας, στο δεύτερο κύμα βρέθηκαν στις τελευταίες θέσεις της κατάταξης καταγράφοντας μικρές τιμές του δείκτη.

Στην Ελλάδα, οι θάνατοι από την πανδημία έως τον Σεπτέμβριο του 2020 διατηρήθηκαν σε χαμηλά επίπεδα, ενώ τον Νοέμβριο του ίδιου έτους η εικόνα άλλαξε καθώς ο αριθμός των θανάτων από COVID-19 τριπλασιάστηκε και η υπερβάλλουσα θνησιμότητα από κάθε αιτία ανήλθε στο 30%.^{27,28} Έχει υποστηριχθεί ότι η «επιτυχία» των πρώτων μηνών συντελέστηκε σε βάρος των υπόλοιπων ασθενειών στο πλαίσιο μιας παράλληλης «αφανούς επιδημίας», που είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση του ποσοστού των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας και των θανάτων από άλλες (μη COVID-19) αιτίες.²⁹ Εξ άλλου, έχει καταγραφεί ότι σε παγκόσμιο επίπεδο η πανδημία επηρέασε έμμεσα τη θνησιμότητα από άλλες αιτίες θανάτου, καθώς οι καθυστερήσεις σε θεραπείες και η αποφυγή αναζήτησης φροντίδας για νοσήματα όπως ο καρκίνος και οι καρδιαγγειακές παθήσεις οδήγησαν σε αυξημένη θνησιμότητα από τις συγκεκριμένες ασθένειες.¹⁸

Σε σχετική μελέτη³⁰ ανάλυσης της υπερβάλλουσας θνησιμότητας με στοιχεία από 79 χώρες διαπιστώθηκε η εξάρτησή της από παράγοντες όπως η υποχρηματοδότηση της περίθαλψης, η ιδιωτικοποίηση της υγείας και η καθυστερημένη λήψη μέτρων για τον περιορισμό της πανδημίας COVID-19. Από την ίδια μελέτη προέκυψε αρνητική συσχέτιση της υπερβάλλουσας θνησιμότητας με τις δαπάνες υγείας, τον αριθμό των ιατρών και των διαθέσιμων νοσοκομειακών κλινών, το ποσοστό του πληθυσμού με ασφαλιστική κάλυψη και την έκταση των διενεργούμενων διαγνωστικών ελέγχων και ιχνηλάτησης.³⁰

Σ' ό,τι αφορά στον δείκτη ανεκπλήρωτων αναγκών για ιατρική εξέταση ή θεραπεία, εμφανίζεται μια εικόνα μεγάλων διακυμάνσεων (από 0–16,4%), τόσο ανάμεσα στις χώρες όσο και μεταξύ των ετών της μελέτης. Σε επίπεδο ΜΟ, στο διάστημα της πενταετίας 2015–2019 οι τιμές του δείκτη μειώθηκαν περίπου στο μισό, αλλά στο επόμενο έτος 2020 αυξήθηκαν ασύμμετρα κατά 11,8% (ΕΕ-27) και 38,5% (ΕΕ-19) και διαμορφώθηκαν, για πρώτη φορά, στο ίδιο περίπου επίπεδο (1,9% και 1,8%, αντίστοιχα).

Από σχετική έρευνα του ΠΟΥ, με στοιχεία από 105 χώρες, προέκυψε ότι κατά το πρώτο έτος της πανδημίας επηρεάστηκαν όλες οι υπηρεσίες –τόσο για λόγους προσφοράς όσο και για λόγους ζήτησης– περιλαμβανομένων και βασικών υπηρεσιών για χρόνιες νόσους και ψυχική υγεία, κυρίως λόγω των περιορισμών που επιβλήθηκαν, των οικονομικών δυσχερειών, της αναστολής λειτουργίας ιατρείων για εξωτερικούς ασθενείς, των αναδιατάξεων του προσωπικού στις δομές υγείας και της μειωμένης διαθεσιμότητας κλινών.³¹ Οι ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρική περίθαλψη ενδέχεται να επιδεινώσουν την υγεία των ατόμων που έχουν ανάγκη φροντίδας και να αυξήσουν τις ανισότητες στην υγεία, ιδιαίτερα όταν αφορούν στον οικονομικά ασθενέστερο πληθυσμό.³²

Συμπερασματικά, κατά την πενταετία που προηγήθηκε της πανδημίας, η κατάσταση υγείας του πληθυσμού στα 27 κράτη της ΕΕ ακολουθούσε μια θετική στο σύνολό της πορεία, η οποία αποτυπωνόταν και στη βελτίωση των σχετικών δεικτών, παρ' όλο που σε επίπεδο μεμονωμένων χωρών υπήρχαν αρκετές παρεκκλίσεις από τον γενικό μέσο όρο. Η έλευση της πανδημίας COVID-19 προκάλεσε σημαντικές αυξήσεις θνησιμότητας το 2020 και ανέτρεψε την παραπάνω εικόνα, καθώς είχε αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία του πληθυσμού της ΕΕ-27. Με δεδομένο ότι η υγεία συνιστά βασικό ανθρώπινο δικαίωμα, τα κράτη πρέπει να αναπτύξουν κατάλληλες στρατηγικές για την αντιμετώπιση καταστάσεων εκτάκτων αναγκών και τη δημιουργία ανθεκτικών και βιώσιμων υγειονομικών συστημάτων, εξασφαλίζοντας εγγυημένη πρόσβαση για όλους –με ασφάλεια και ποιότητα– στη φροντίδα υγείας.

ABSTRACT

Evolution of health indicators in Greece and the EU countries in the period 2015–2020

A. FLOKOU,¹ M. PARASKEVOPOULOU,² P. THEODOROU,¹ D. NIAKAS^{1,3}¹School of Social Sciences, Postgraduate Course "Health Care Management", Hellenic Open University, Patra,²"Evangelistria" General Panarkadiko Hospital of Tripoli, Tripoli, ³School of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece*Archives of Hellenic Medicine 2023, 40(6):839–850*

During the years 2015–2019, the health conditions of the population (27 member states of the European Union, EU-27) followed a very positive course which was depicted in the development of the relevant indicators. Unfortunately, the coming of the COVID-19 pandemic inverted the previous condition and eventually caused a negative impact on the general health of the EU-27 population. This article attempts to analyze the evolution of health indicators in the EU-27 during the period 2015–2020, according to the latest data from Eurostat. The relevant indicators are being depicted based on individual countries and as averages of the EU-27, as well as the Eurozone countries (EE-19). The life expectancy at birth for the EU-27 countries increased during the period 2015–2019, reaching up to 81.3 years, while during the pandemic, all this positive development stopped resulting in the recession of the indicator down to 80.4 years for the year 2020. This was the case also with the healthy life years rising up to 2.87% until 2019 (reaching up to 64.6 years), while during the pandemic year 2020 there was a decrease down by 1.1% in men and 0.9% in women. At the same time, during the first five years of the study (2015–2019), the total annual average mortality of the countries of the EU remained at approximately the same level (10.4 in the EU-27 and 10.0 in the EU-19, deaths/1,000 people), while in the year 2020, a universal upward trend of the index was recorded as there was an increase in deaths in all countries without exception, from +0.09 (Denmark) to +2.65 (Bulgaria) and an average value of +1.05 (EU-27). Finally, the unmet needs for medical examinations and treatments (being reduced to 48.5% during the years 2015–2019) significantly increased up to 11.8% in the year 2020. The analysis of the evolution of health indicators is considered particularly important for the assessment of the overall impact of the pandemic on the quality of life of the residents and also on the health services in the EU countries.

Key words: COVID-19 pandemic, Health indicators, Healthy life years, Mortality, Unmet health needs

Βιβλιογραφία

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constitution of the World Health Organization. WHO, New York, 1946. Available at: https://treaties.un.org/doc/Treaties/1948/04/19480407%2010-51%20PM/Ch_IX_01p.pdf
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Development of indicators for monitoring progress towards health for all by the year 2000. WHO, Geneva, 1981. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40672>
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2018 global reference list of 100 core health indicators (plus health-related SDGs). WHO, Geneva, 2018. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259951>
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2015 global reference list of 100 core health indicators. WHO, Geneva, 2015. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173589/1/WHO_HIS_HSI_2015.3_eng.pdf
5. EUROPEAN COMMISSION. European core health indicators (ECHI). Available at: https://health.ec.europa.eu/indicators-and-data/european-core-health-indicators-echi_en
6. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Health indicators: Conceptual and operational considerations. PAHO, Washington, DC, 2018. Available at: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49056>
7. NAGYVÁRADI K, MÁTRAI Z. Subjective and objective indicators in the research on health status. *J Hum Sport Exerc* 2016, 11:207–217
8. GUPTA S, ADAM EK, McDADE TW. Objective versus subjective measures of health: Systematic differences, determinants and biases. 2012. Available at: <https://www.semanticscholar.org/paper/Objective-versus-Subjective-Measures-of-Health-%3A-%2C-Gupta-Adam/7174b7014941dc2bab59c1125b2ab4183c8b658c>
9. LEE T, MARANS RW. Objective and subjective indicators: Effects of scale discordance on interrelationships. *Soc Indic Res* 1980, 8:47–64
10. EUROSTAT STATISTICS EXPLAINED. Glossary: Life expectancy. Eurostat, 2014. Available at: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Life_expectancy
11. BARFORD A, DORLING D, SMITH GD, SHAW M. Life expectancy: Women now on top everywhere. *Br Med J* 2006, 332:808
12. GINTER E, SIMKO V. Women live longer than men. *Bratisl Lek*

- Listy 2013, 114:45–49
13. THORNTON J. WHO report shows that women outlive men worldwide. *Br Med J* 2019, 365:11631
 14. EUROSTAT STATISTICS EXPLAINED. Glossary: Healthy life years (HLY). Eurostat, 2015. Available at: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Healthy_life_years_\(HLY\)](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Healthy_life_years_(HLY))
 15. EUROSTAT STATISTICS EXPLAINED. Glossary: Death. Eurostat, 2014. Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Death>
 16. EUROSTAT STATISTICS EXPLAINED. Excess mortality – statistics. Eurostat, 2022. Available at: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Excess_mortality_-_statistics
 17. EUROSTAT. Self-reported unmet need for medical examination and care by sex (sdg_03_60). Eurostat, 2022. Available at: https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/sdg_03_60_esmsip2.htm
 18. ABURTO JM, SCHÖLEY J, KASHNITSKY I, ZHANG L, RAHAL C, MISSOV TI ET AL. Quantifying impacts of the COVID-19 pandemic through life-expectancy losses: A population-level study of 29 countries. *Int J Epidemiol* 2022, 51:63–74
 19. SCHÖLEY J, ABURTO JM, KASHNITSKY I, KNIFFKA MS, ZHANG L, JAADLA H ET AL. Life expectancy changes since COVID-19. *Nat Hum Behav* 2022, 6:1649–1659
 20. TRIAS-LLIMÓS S, BILAL U. Impact of the COVID-19 pandemic on life expectancy in Madrid (Spain). *J Public Health (Oxf)* 2020, 42:635–636
 21. PIFARRÉ I AROLAS H, ACOSTA E, LÓPEZ-CASASNOVAS G, LO A, NICODOMO C, RIFFET ET AL. Years of life lost to COVID-19 in 81 countries. *Sci Rep* 2021, 11:3504
 22. CRIMMINS EM, SHIM H, ZHANG YS, KIM JK. Differences between men and women in mortality and the health dimensions of the morbidity process. *Clin Chem* 2019, 65:135–145
 23. PINHO-GOMES AC, VASSALLO A, CARCEL C, PETERS S, WOODWARD M. Gender equality and the gender gap in life expectancy in the European Union. *BMJ Global Health* 2022, 7:e008278
 24. LICHER S, HESHMATOLLAH A, VAN DER WILLIK KD, STRICKER BHC, RUITER R, DE ROOS EW ET AL. Lifetime risk and multimorbidity of non-communicable diseases and disease-free life expectancy in the general population: A population-based cohort study. *PLoS Med* 2019, 16:e1002741
 25. MACKENBACH JP, BOPP M, DEBOOSERE P, KOVACS K, LEINSALU M, MARTIKAINEN P ET AL. Determinants of the magnitude of socioeconomic inequalities in mortality: A study of 17 European countries. *Health Place* 2017, 47:44–53
 26. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Rising from the COVID-19 crisis: Policy responses in the long-term care sector. OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19), OECD Publishing, Paris, 2021. Available at: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/rising-from-the-covid-19-crisis-policy-responses-in-the-long-term-care-sector-34d9e049/>
 27. PANAGIOTAKOS D, TSIAMPALIS T. Excess mortality in Greece during 2020: The role of COVID-19 and cardiovascular disease. *Hellenic J Cardiol* 2021, 62:378–380
 28. KONSTANTINOUDIS G, CAMELETTI M, GÓMEZ-RUBIO V, GÓMEZ IL, PIRANI M, BAIIO G ET AL. Regional excess mortality during the 2020 COVID-19 pandemic in five European countries. *Nat Commun* 2022, 13:482
 29. KONDILIS E, TARANTILIS F, BENOS A. Essential public healthcare services utilization and excess non-COVID-19 mortality in Greece. *Public Health* 2021, 198:85–88
 30. KAPITSINIS N. The underlying factors of excess mortality in 2020: A cross-country analysis of pre-pandemic healthcare conditions and strategies to cope with Covid-19. *BMC Health Serv Res* 2021, 21:1197
 31. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: Interim report. WHO, Geneva, 2020. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334048>
 32. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT/EUROPEAN UNION. Unmet health care needs. In: Health at a glance: Europe 2020 – State of health in the EU cycle. OECD Publishing, Paris, 2020. Available at: <https://doi.org/10.1787/667fed97-en>
- Corresponding author:*
- A. Flokou, 18 Paschalinopoulou street, 212 31 Argos, Greece
e-mail: aggi@flokou.gr