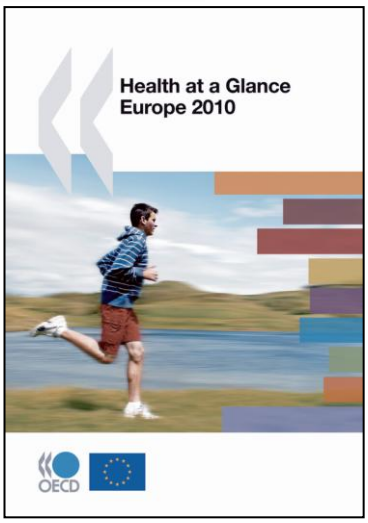
OECD Multilingual Summaries



Health at a Glance: Europe 2010

Summary in Greek

Περίληψη στα ελληνικά

Περίληψη

Οι ευρωπαϊκές χώρες έχουν επιτύχει σημαντική πρόοδο όσον αφορά τη δημόσια υγεία κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) αυξήθηκε κατά έξι χρόνια από το 1980 και μετά, ενώ η πρόωρη θνησιμότητα έχει μειωθεί δραστικά. Η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και εργασίας και οι αλλαγές σε ορισμένες συμπεριφορές που έχουν σχέση με την υγεία συνέβαλαν σημαντικά στην αύξηση της μακροβιότητας, όμως και η πρόοδος στην ιατρική περίθαλψη έχει σημαντικό μερίδιο σε αυτό. Το μέγεθος και η πολυπλοκότητα των συστημάτων υγείας στις ευρωπαϊκές χώρες αυξάνονται, ενώ οι δαπάνες στον τομέα της υγείας είναι υψηλότερες από ποτέ, αντιστοιχώντας σε ένα όλο και μεγαλύτερο μερίδιο του εθνικού εισοδήματος.

Η πρώτη έκδοση του *Πανοράματος της υγείας: Ευρώπη*, το οποίο είναι αποτέλεσμα μακροχρόνιας συνεργασίας μεταξύ του ΟΟΣΑ και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, παρουσιάζει ένα σύνολο βασικών δεικτών για την υγεία και τα συστήματα υγείας σε 31 ευρωπαϊκές χώρες – τα 27 κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και την Ισλανδία, τη Νορβηγία, την Ελβετία και την Τουρκία. 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 (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2010α). Ωστόσο, μια σειρά δεικτών στην παρούσα έκθεση διαφέρουν από τους ορισμούς του ECHI, λόγω της διαθεσιμότητας στοιχείων ή περιορισμών ή, σε ορισμένες περιπτώσεις, λόγω του ότι δείκτες ECHI δεν είναι ακόμη εφαρμόσιμοι. Η δημοσίευση παρέχει επίσης αναλυτικές πληροφορίες για τις δαπάνες στον τομέα της υγείας και τη χρηματοδότησή τους, με βάση τη συλλογή στοιχείων και την εμπειρογνωμοσύνη του ΟΟΣΑ στον τομέα αυτό. Τα στοιχεία που περιέχονται στη δημοσίευση προέρχονται κυρίως από επίσημες εθνικές στατιστικές, όπως έχουν συλλεχθεί στα στοιχεία υγείας του ΟΟΣΑ (*OECD Health Data)*, στη *στατιστική βάση δεδομένων της Eurostat* και στη βάση δεδομένων «υγεία για όλους» (*Health for All Database*) της ΠΟΥ-Ευρώπη.

Το πανόραμα της υγείας: Ευρώπη 2010 περιέχει στοιχεία που δείχνουν ευρείες διαφορές ανάμεσα στις ευρωπαϊκές χώρες όσον αφορά την κατάσταση της δημόσιας υγείας, τους παράγοντες κινδύνου για την υγεία, τις εισροές, τις εκροές και τα αποτελέσματα των συστημάτων περίθαλψης της υγείας και τα επίπεδα των δαπανών για την υγεία και τις πηγές χρηματοδότησης.

Δίνει ορισμένες εξηγήσεις για τις διαφορές αυτές, παρέχοντας στοιχεία για την καλύτερη κατανόηση των αιτιών στις οποίες οφείλονται οι διαφορές και για την ανάπτυξη πολιτικών επιλογών για τη μείωση των ανισοτήτων μεταξύ των χωρών. Πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι, ενώ υπάρχουν οι βασικές κατανομές του πληθυσμού κατά φύλο και ηλικία, η δημοσίευση, γενικά, δεν παρέχει λεπτομέρειες ανά εθνικές περιφέρειες, κοινωνικοοικονομικές ομάδες ή εθνικές/φυλετικές ομάδες. Για πολλούς δείκτες, οι αναγνώστες πρέπει να έχουν υπόψή τους ότι μπορεί να υπάρχουν διαφορές *εντός* μιας χώρας όπως και *μεταξύ* των χωρών.

Η κατάσταση της υγείας έχει βελτιωθεί δραστικά στις ευρωπαϊκές χώρες, παρότι εξακολουθούν να υπάρχουν μεγάλες ανισότητες

- Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, στις χώρες της ΕΕ, έχει αυξηθεί κατά έξι χρόνια από το 1980 και μετά, φτάνοντας τα 78 χρόνια το 2007. Κατά μέσο όρο στις 27 χώρες της ΕΕ, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, για την τριετή περίοδο 2005-2007, ήταν 74,3 χρόνια για τους άνδρες και 80,8 χρόνια για τις γυναίκες. Η Γαλλία είχε το μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση για τις γυναίκες (84,4 χρόνια), ενώ η Σουηδία είχε το μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής για τους άνδρες (78,8 χρόνια). Το χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ευρωπαϊκή Ένωση αναφέρθηκε στη Ρουμανία για τις γυναίκες (76,2 χρόνια) και στη Λιθουανία για τους άνδρες (65,1 χρόνια). Οι ανισότητες ανάμεσα στις χώρες με το υψηλότερο και το μικρότερο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση είναι περίπου οκτώ χρόνια για τις γυναίκες και 14 χρόνια για τους άνδρες.

- Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και το ζήτημα της υγείας και της ποιότητας της ζωής στα πρόσθετα χρόνια ζωής έχει σημαντικές επιπτώσεις στα συστήματα υγείας και μακροχρόνιας περίθαλψης στην Ευρώπη. Τα έτη υγιούς ζωής κατά τη γέννηση ορίζονται ως ο αριθμός των ετών ζωής που οι καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου δεν περιορίζονται από προβλήματα υγείας. Την περίοδο 2005-2007, τα έτη υγιούς ζωής στην Ευρωπαϊκή Ένωση ανέρχονταν σε 61,3 χρόνια για τις γυναίκες και τα 60,1 χρόνια για τους άνδρες, κατά μέσο όρο. Η διαφορά ανάμεσα στα φύλα είναι μικρότερη απ' ότι για το προσδόκιμο ζωής, λόγω του ότι οι γυναίκες αντιμετωπίζουν υψηλότερο ποσοστό περιορισμού δραστηριοτήτων στη ζωή τους. Τα έτη υγιούς ζωής κατά τη γέννηση, το 2005-2007, ήταν περισσότερα στη Μάλτα, τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες, και λιγότερα στη Λετονία για τις γυναίκες και στην Εσθονία για τους άνδρες.

- Το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών αυξήθηκε επίσης σημαντικά κατά τις τελευταίες δεκαετίες στις ευρωπαϊκές χώρες. Ο μέσος όρος για τις 27 χώρες της ΕΕ το 2005-2007 ήταν 15,9 χρόνια για τους άνδρες και 19,5 χρόνια για τις γυναίκες. Όσον αφορά το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, η Γαλλία είχε το μεγαλύτερο προσδόκιμο στην ηλικία των 65 ετών τόσο για τις γυναίκες (22,6 χρόνια) όσο και για τους άνδρες (18,1 χρόνια). Το χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών ήταν στην ανατολική Ευρώπη – στη Λετονία για τους άνδρες (12,7 χρόνια) και στη Βουλγαρία για τις γυναίκες (16,3 χρόνια).

- Όπως και κατά τη γέννηση, η διαφορά μεταξύ των φύλων για τα έτη υγιούς ζωής στην ηλικία των 65 είναι πολύ μικρότερη απ' ότι για το προσδόκιμο ζωής. Το 2005-2007 οι άνδρες ήταν σε σχετικά καλύτερη θέση, με 8,4 χρόνια έναντι 8,1 χρόνια των γυναικών.

- Είναι δύσκολο να εκτιμηθεί η σχετική συμβολή μιας σειράς ιατρικών και μη ιατρικών παραγόντων που μπορεί να επηρεάζουν τις διαφορές στο (υγιές) προσδόκιμο ζωής. Το υψηλό εθνικό εισόδημα, γενικά, συνδέεται με μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής στις ευρωπαϊκές χώρες, παρότι η σχέση είναι λιγότερο εμφανής σε υψηλότερα επίπεδα εθνικού εισοδήματος, δείχνοντας

ότι πάνω από ένα ορισμένο επίπεδο ο αντίκτυπος δεν είναι ανάλογος. Άλλοι καθοριστικοί παράγοντες για·την υγεία παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο.

Οι παράγοντες κινδύνου για την υγεία μεταβάλλονται

• Πολλές χώρες της ΕΕ έχουν επιτύχει αξιοσημείωτη πρόοδο όσον αφορά την κατανάλωση καπνού, παρότι εξακολουθεί να αποτελεί την κύρια αιτία πρόωρων θανάτων. Μεγάλο μέρος της μείωσης μπορεί να αποδοθεί σε πολιτικές σε εθνικό επίπεδο και επίπεδο ΕΕ σχετικά με την προώθηση εκστρατειών ευαισθητοποίησης του κοινού, τις απαγορεύσεις διαφημίσεων και την αύξηση της φορολογίας. Πλέον, στη Σουηδία και την Ισλανδία καπνίζει καθημερινά λιγότερο από το 18% των ενηλίκων, σε σχέση με το 30% το 1980. Ωστόσο, περίπου το 40% των ενηλίκων στην Ελλάδα εξακολουθεί να καπνίζει σε καθημερινή βάση. Τα ποσοστά των καπνιστών είναι επίσης σχετικά υψηλά στη Βουλγαρία, την Ιρλανδία και τις Κάτω Χώρες.

• Η κατανάλωση οινοπνεύματος μειώθηκε επίσης σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες τις τελευταίες τρεις δεκαετίες. Οι περικοπές στη διαφήμιση, οι περιορισμοί στις πωλήσεις και η φορολόγηση αποδείχτηκαν αποτελεσματικά μέτρα για τη μείωση της κατανάλωσης οινοπνεύματος. Παραδοσιακές οινοπαραγωγοί χώρες, όπως η Ιταλία, η Γαλλία και η Ισπανία παρουσίασαν ουσιαστική μείωση της κατά κεφαλή κατανάλωσης οινοπνεύματος από το 1980 και μετά. Από την άλλη, η κατανάλωση αυξήθηκε σημαντικά σε μια σειρά χωρών, όπως η Ιρλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και ορισμένες σκανδιναβικές χώρες.

• Πάνω από το μισό του συνόλου των ενηλίκων στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι πλέον υπέρβαροι ή παχύσαρκοι. Αυτό ισχύει στις 15 από τις 27 χώρες της ΕΕ. Ο επιπολασμός της παχυσαρκίας – η οποία συνεπάγεται μεγαλύτερο κίνδυνο για την υγεία σε σχέση με το υπερβολικό βάρος – κυμαίνεται από λίγο κάτω του 10% στη Ρουμανία, την Ελβετία και την Ιταλία σε πάνω από 20% στο Ηνωμένο Βασίλειο, την Ιρλανδία, τη Μάλτα και την Ισλανδία. Κατά μέσο όρο, στις χώρες της ΕΕ το 15,5% των ενηλίκων είναι παχύσαρκοι.

• Το ποσοστό παχυσαρκίας έχει διπλασιαστεί τα τελευταία 20 χρόνια στις περισσότερες χώρες της ΕΕ για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία. Η ταχεία αύξηση σημειώθηκε ανεξάρτητα από τα επίπεδα της παχυσαρκίας πριν από δύο δεκαετίες. Η παχυσαρκία υπερδιπλασιάστηκε στις Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο την περίοδο 1998-2008, παρότι το ποσοστό στις Κάτω Χώρες είναι αυτή τη στιγμή λιγότερο από το ήμισυ αυτού του Ηνωμένου Βασιλείου.

• Επειδή η παχυσαρκία συνδέεται με μεγαλύτερο κίνδυνο για χρόνιες παθήσεις, συνδέεται με σημαντικό πρόσθετο κόστος υγειονομικής περίθαλψης. Πρόσφατη μελέτη στην Αγγλία εκτιμά ότι το συνολικό κόστος που συνδέεται με το υπερβολικό βάρος και την παχυσαρκία μπορεί να αυξηθεί έως και 70% την περίοδο 2007-2015 και να είναι κατά 2,4 φορές υψηλότερο σε σχέση με το 2005 (πρόβλεψη 2007).

Η έλλειψη υγειονομικού προσωπικού αποτελεί πρόβλημα σε πολλές χώρες

• Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες υπάρχουν ανησυχίες όσον αφορά την έλλειψη ιατρών. Ο αριθμός των ιατρών ανά κεφαλή διαφέρει σημαντικά, με χαμηλότερο αυτόν στην Τουρκία ενώ ακολουθούν η Πολωνία και η Ρουμανία. Ο αριθμός των ιατρών είναι επίσης σχετικά χαμηλός στο Ηνωμένο Βασίλειο και τη Φινλανδία.

• Ωστόσο, από το 2000 και μετά, ο αριθμός των ιατρών αυξήθηκε σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, με εξαίρεση τη Σλοβακική Δημοκρατία. Κατά μέσο όρο, ο αριθμός αυξήθηκε από 3,0 ιατρούς ανά 1 000 κατοίκους το 2000 σε 3,3 το 2008. Αυξήθηκε ιδίως γρήγορα στην Ιρλανδία, όπου το ποσοστό αύξησης έφτασε σχεδόν το 50%. Μεγάλο μέρος της αύξησης αυτής οφειλόταν στην πρόσληψη αλλοδαπών ιατρών, το ποσοστό των οποίων τριπλασιάστηκε την εν λόγω περίοδο. Ομοίως, ο αριθμός των κατά κεφαλή ιατρών στο Ηνωμένο Βασίλειο αυξήθηκε κατά 30% από το 2000 έως το 2008, από 2,0 ιατρούς ανά 1 000 κατοίκους σε 2,6.

• Αντίθετα, από το 2000 και μετά δεν υπήρξε ουσιαστικά αύξηση του αριθμού των κατά κεφαλή ιατρών στη Γαλλία και την Ιταλία. Ύστερα από μείωση του αριθμού εισακτέων στις ιατρικές σχολές στις δεκαετίες του ’80 και ’90, ο αριθμός των κατά κεφαλή ιατρών στην Ιταλία αυξήθηκε το 2002 και μειώθηκε από τότε και μετά. Στη Γαλλία ο αριθμός αυξήθηκε το 2005 και η μείωση αναμένεται να συνεχιστεί τα επόμενα δέκα χρόνια.

• Σχεδόν σε όλες τις χώρες, το ισοζύγιο γενικών ιατρών και ειδικευμένων ιατρών άλλαξε τις τελευταίες δεκαετίες, με τον αριθμό των ειδικευμένων ιατρών να αυξάνεται πολύ πιο γρήγορα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να υπάρχουν περισσότεροι ειδικευμένοι απ’ ότι γενικοί ιατροί στις περισσότερες χώρες, με εξαίρεση τη Ρουμανία και την Πορτογαλία. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί με τη μείωση της ελκυστικότητας της παραδοσιακής λειτουργίας του γενικού/οικογενειακού ιατρού, καθώς και την αυξανόμενη διαφορά στις αμοιβές. Η αργή αύξηση ή μείωση του αριθμού γενικών κατά κεφαλή ιατρών δημιουργεί ανησυχίες όσον αφορά την πρόσβαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Πολλές χώρες εξετάζουν τρόπους βελτίωσης της ελκυστικότητας της γενικής ιατρικής και την ανάπτυξη νέων ρόλων για άλλους επαγγελματίες παροχής υγειονομικής περίθαλψης, όπως το νοσηλευτικό προσωπικό.

• Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες υπάρχουν επίσης ανησυχίες όσον αφορά την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού. Το νοσηλευτικό προσωπικό παίζει σημαντικό ρόλο στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης, όχι μόνο σε παραδοσιακά πλαίσια όπως είναι τα νοσοκομεία και τα ιδρύματα μακροχρόνιας φροντίδας αλλά, όλο και περισσότερο, στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, κυρίως με την παροχή περίθαλψης σε χρόνια ασθενείς και την κατ’ οίκον περίθαλψη. Το 2008 υπήρχαν περίπου 15 νοσηλευτές/νοσηλεύτριες ανά 1 000 κατοίκους στη Φινλανδία, την Ισλανδία, την Ιρλανδία και την Ελβετία και ελαφρώς λιγότεροι στη Δανία και τη Νορβηγία. Η Τουρκία διέθετε το μικρότερο αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού, ακολουθούμενη από την Ελλάδα, τη Βουλγαρία και την Κύπρο, με λιγότερους από 5 ανά 1000 κατοίκους.

• Από το 2000 και μετά, ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού αυξήθηκε σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, με εξαίρεση τη Λιθουανία και τη Σλοβακική Δημοκρατία. Η αύξηση ήταν

ιδιαίτερα μεγάλη στην Πορτογαλία, την Ισπανία, τη Γαλλία και την Ελβετία.

Η αύξηση των δαπανών για την υγεία ασκεί πίεση στους κρατικούς προϋπολογισμούς

• Οι δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, συχνά με ταχύτερο ρυθμό απ' ό,τι η οικονομική μεγέθυνση, οδηγώντας σε αύξηση του μεριδίου στο ΑΕΠ των πόρων για την υγεία. Το 2008 οι χώρες της ΕΕ δαπάνησαν, κατά μέσο όρο, 8,3% του ΑΕΠ τους για την υγεία, σε σχέση με 7,3% το 1998. Ωστόσο, το μερίδιο του ΑΕΠ που διατίθεται για δαπάνες στον τομέα της υγείας ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των χωρών και κυμαίνεται από σχεδόν 6% στην Κύπρο και τη Ρουμανία έως και πάνω από 10% στη Γαλλία, την Ελβετία, τη Γερμανία και την Αυστρία.
Σε ορισμένες χώρες, η πρόσφατη οικονομική ύφεση οδήγησε σε σοβαρή αύξηση του λόγου των δαπανών για την υγεία προς το ΑΕΠ. Στην Ιρλανδία, το ποσοστό του ΑΕΠ που διατίθεται για την υγεία αυξήθηκε από 7,5% το 2007 σε 8,7% το 2008. Στην Ισπανία αυξήθηκε από 8,4% σε 9,0%.
Το 2008 η Νορβηγία είχε τις υψηλότερες ανά κεφαλή δαπάνες μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών, ξοδεύουντας περίπου 4 300 ευρώ. Η Ελβετία, το Λουξεμβούργο και η Αυστρία είναι οι επόμενες στη σειρά χώρες με τις υψηλότερες δαπάνες. Οι περισσότερες βόρειες και δυτικές χώρες δαπάνησαν σε ΙΑΔ από 2500 έως 3500 ευρώ ανά άτομο, δηλαδή 10% έως 60% περισσότερο από το μέσο όρο της ΕΕ. Οι χώρες που δαπάνησαν λιγότερο από το μέσο όρο της ΕΕ είναι αυτές της ανατολικής και νότιας Ευρώπης, όπως η Τουρκία, η Ρουμανία, η Βουλγαρία, η Πολωνία και η Ουγγαρία.

• Οι κατά κεφαλή δαπάνες για την υγεία τείνουν να συσχετίζονται θετικά με το κατά κεφαλή ΑΕΠ, παρότι η συσχέτιση είναι μεγαλύτερη μεταξύ ευρωπαϊκών χωρών με χαμηλό κατά κεφαλή ΑΕΠ. Ακόμη και για χώρες με παρόμοια επίπεδα του κατά κεφαλή ΑΕΠ, μπορεί να υπάρχουν ουσιώδεις διαφορές στις δαπάνες για την υγεία. Για παράδειγμα, η Ισπανία και η Γαλλία διαθέτουν παρόμοιο κατά κεφαλή ΑΕΠ, όμως η Ισπανία δαπανά λιγότερο από το 80% των δαπανών της Γαλλίας για την υγεία.

• Τα συστήματα υγείας δέχονται ορισμένες φορές κριτική ότι επικεντρώνονται υπερβολικά στην «περίθαλψη ασθενείας»: στην θεραπεία ασθενών, χωρίς να κάνουν αρκετά για την πρόληψη ασθενειών. Κατά μέσο όρο, στις χώρες της ΕΕ, μόνο το 3% των σημερινών δαπανών για την υγεία διατίθεται για την πρόληψη και για προγράμματα δημόσιας υγείας.

• Ο δημόσιος τομέας είναι η κύρια πηγή χρηματοδότησης της υγείας, σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες εκτός της Κύπρου. Κατά μέσο όρο, το 2008 σχεδόν τρία τέταρτα όλων των δαπανών για την υγεία χρηματοδοτήθηκαν από το δημόσιο τομέα, μέσω της γενικής φορολογίας ή των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης. Στο Λουξεμβούργο, την Τσεχική Δημοκρατία, τις σκανδιναβικές χώρες (εκτός της Φινλανδίας), το Ηνωμένο Βασίλειο και τη Ρουμανία, η δημόσια χρηματοδότηση αντιστοιχούσε σε περισσότερο από 80% της συνολικής δαπάνης για την υγεία.

• Το μέγεθος και η σύνθεση της ιδιωτικής χρηματοδότησης διαφέρουν μεταξύ των χωρών. Στις περισσότερες χώρες γίνεται με πληρωμή σε ρευστό από τους ασθενείς. Κατά μέσο όρο στις χώρες

της ΕΕ, η ιδιωτική ασφάλεια υγείας αντιστοιχεί μόνο στο 3-4% της συνολικής δαπάνης για την υγεία. Ωστόσο, σε ορισμένες χώρες παίζει σημαντικό ρόλο. Στη Γερμανία παρέχει πρωτοβάθμια κάλυψη για ορισμένες πληθυσμιακές ομάδες. Στη Γαλλία, η ιδιωτική ασφάλεια υγείας χρηματοδοτεί το 13% των συνολικών δαπανών, όμως παρέχει συμπληρωματική και παραπληρωματική κάλυψη σε ένα καθολικό δημόσιο σύστημα.

- Δεδομένης της σύγχρονης ανάγκης να μειωθούν τα δημοσιονομικά ελλείμματα σε πολλές χώρες, οι κυβερνήσεις μπορεί να βρεθούν προ δύσκολων πολιτικών επιλογών βραχυπρόθεσμα. Είτε θα πρέπει να περικόψουν τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία, είτε να περικόψουν δαπάνες σε άλλους τομείς είτε να αυξήσουν τους φόρους ή τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης για τη μείωση των ελλειμμάτων τους. Η βελτίωση της παραγωγικότητας του τομέα της υγείας μπορεί να συμβάλει στην εξισορρόπηση αυτών των πιέσεων, π.χ. μέσω της πιο αυστηρής αξιολόγησης των τεχνολογιών υγείας ή της αυξημένης αξιοποίησης των τεχνολογιών πληροφόρησης και επικοινωνίας (eHealth). Οι πρωτοβουλίες αυτές μπορεί επίσης να έχουν ως πρόσθετο όφελος τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης, που είναι ένας άλλος τομέας συνεργασίας ανάμεσα στον ΟΟΣΑ και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

This translation was undertaken by the European Commission

Multilingual summaries are translated excerpts of OECD publications originally published in English and in French.

They are available free of charge on the OECD Online Bookshop www.oecd.org/bookshop/

For more information, contact the OECD Rights and Translation unit, Public Affairs and Communications Directorate at: rights@oecd.org or by fax: +33 (0)1 45 24 99 30

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

Visit our website www.oecd.org/rights/