



State of Health in the EU

Ελλάδα

Προφίλ Υγείας 2023

Η σειρά των προφίλ υγείας ανά χώρα

Τα προφίλ υγείας ανά χώρα στη σειρά *Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ* παρέχουν μια συνοπτική επισκόπηση της υγείας και των συστημάτων υγείας στην ΕΕ / στον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο σε συνάρτηση με τις σχετικές πολιτικές. Δίνεται έμφαση στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τις προκλήσεις σε κάθε χώρα, ενώ παράλληλα γίνονται συγκρίσεις μεταξύ χωρών. Σκοπός είναι να υποστηριχθούν οι φορείς χάραξης πολιτικής και άσκησης επιρροής με ένα μέσο αμοιβαίας μάθησης και εθελούσιων ανταλλαγών. Για πρώτη φορά από την έναρξη της σειράς, στην έκδοση των προφίλ υγείας ανά χώρα για το 2023 εισάγεται ειδικό τμήμα αφιερωμένο στην ψυχική υγεία.

Τα προφίλ είναι αποτέλεσμα κοινής προσπάθειας του ΟΟΣΑ και του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Η ομάδα του έργου ευχαριστεί το δίκτυο Παρακολούθησης Συστημάτων Υγείας και Πολιτικής, την επιτροπή υγείας του ΟΟΣΑ και την ομάδα εμπειρογνομόνων

Περιεχόμενα

1. ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΑ ΣΗΜΕΙΑ	3
2. Η ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	4
3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	7
4. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	9
5. ΑΠΟΔΟΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	11
5.1 Αποτελεσματικότητα	11
5.2 Προσβασιμότητα	14
5.3 Ανθεκτικότητα	16
6. Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΟ ΠΡΟΣΚΗΝΙΟ	19
7. ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ	22

της ΕΕ για την αξιολόγηση των επιδόσεων των συστημάτων υγείας (HSPA) για τις πολύτιμες παρατηρήσεις και προτάσεις τους.

Πηγές δεδομένων και πληροφοριών

Τα δεδομένα και οι πληροφορίες που περιλαμβάνονται στα προφίλ υγείας ανά χώρα βασίζονται κυρίως σε εθνικά επίσημα στατιστικά στοιχεία τα οποία παρασχέθηκαν στη Eurostat και στον ΟΟΣΑ και επικυρώθηκαν, ώστε να διασφαλιστεί το υψηλότερο δυνατό επίπεδο συγκρισιμότητας των δεδομένων. Οι πηγές και οι μέθοδοι συλλογής των δεδομένων αυτών διατίθενται στη βάση δεδομένων της Eurostat και στη βάση δεδομένων υγείας του ΟΟΣΑ. Κάποια επιπλέον δεδομένα προέρχονται επίσης από το Ινστιτούτο Μετρήσεων και Αξιολόγησης Υγείας (IHME), το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC),

από τις μελέτες Συμπεριφορά Υγείας στα Παιδιά Σχολικής Υγείας (HBSC), από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), καθώς και από άλλες εθνικές πηγές.

Οι υπολογισθέντες μέσοι όροι για την ΕΕ είναι σταθμισμένοι μέσοι όροι των 27 κρατών μελών, εκτός αν αναφέρεται διαφορετικά. Στους εν λόγω μέσους όρους της ΕΕ δεν περιλαμβάνονται η Ισλανδία και η Νορβηγία.

Το παρόν προφίλ ολοκληρώθηκε τον Σεπτέμβριο του 2023 βάσει στοιχείων που ήταν διαθέσιμα στο πρώτο δεκαπενθήμερο του Σεπτεμβρίου 2023.

Δημογραφικό και κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο στην ΕΛΛΑΔΑ, 2022

Δημογραφικοί παράγοντες	Ελλάδα	ΕΥ
Μέγεθος πληθυσμού	10 459 782	446 735 291
Ποσοστό πληθυσμού ηλικίας άνω των 65 ετών (%)	22,7	21,1
Δείκτης γονιμότητας ¹ (2021)	1,4	1,5

Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

Κατά κεφαλήν ΑΕΠ (ΙΑΔ ² σε EUR)	23 934	35 219
Ποσοστό σχετικής φτώχειας ³ (%)	18,8	16,5
Ποσοστό ανεργίας (%)	12,5	6,2

1. Αριθμός τέκνων ανά γυναίκα ηλικίας 15-49 ετών. 2. Η ισοτιμία αγοραστικής δύναμης (ΙΑΔ) ορίζεται ως η νομισματική ισοτιμία που εξισώνει την αγοραστική δύναμη διαφορετικών νομισμάτων, εξαλείφοντας τις διαφορές στα επίπεδα τιμών μεταξύ χωρών. 3. Ποσοστό ατόμων που ζουν με λιγότερο από το 60 % του διάμεσου ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος. Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat.

Αποποίηση ευθυνών: Η παρούσα εργασία δημοσιεύεται υπό την ευθύνη του Γενικού Γραμματέα του ΟΟΣΑ. Οι απόψεις που εκφράζονται και τα επιχειρήματα που χρησιμοποιούνται σε αυτή δεν αντανακλούν απαραίτητα τις επίσημες απόψεις των χωρών μελών του ΟΟΣΑ. Οι απόψεις και οι γνώμες που εκφράζονται στις δημοσιεύσεις του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας δεν αντιπροσωπεύουν απαραίτητα την επίσημη πολιτική των συμμετεχόντων οργανισμών.

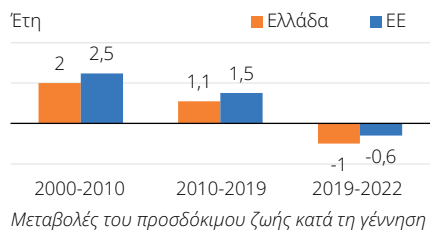
Το παρόν έργο εκπονήθηκε με την οικονομική βοήθεια της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι απόψεις που εκφράζονται σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι αντικατοπτρίζουν την επίσημη γνώμη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τα ονόματα και η εκπροσώπηση των χωρών και εδαφών που χρησιμοποιούνται στην παρούσα κοινή έκδοση ακολουθούν την πρακτική του ΠΟΥ.

Οι εδαφικές αποποιήσεις που ισχύουν για τον ΟΟΣΑ: Το παρόν έγγραφο, καθώς και οποιαδήποτε στοιχεία και χάρτης που περιλαμβάνονται σε αυτό, δεν θίγουν το καθεστώς ή την κυριαρχία επί οποιουδήποτε εδάφους, την οριοθέτηση διεθνών συνόρων και ορίων και την ονομασία οποιουδήποτε εδάφους, πόλης ή περιοχής. Πρόσθετες ειδικές δηλώσεις αποποίησης ευθύνης είναι διαθέσιμες εδώ.

Εδαφικές αποποιήσεις που ισχύουν για τον ΠΟΥ: Οι χρησιμοποιούμενες ονομασίες και η παρουσίαση του παρόντος υλικού δεν υποδηλώνουν την έκφραση οποιασδήποτε γνώμης εκ μέρους του ΠΟΥ σχετικά με το νομικό καθεστώς οποιασδήποτε χώρας, εδάφους, πόλης ή περιοχής ή των αρχών της ή σχετικά με τα σύνορά της ή την οριοθέτηση των συνόρων της. Οι διακεκομμένες γραμμές στους χάρτες αντιπροσωπεύουν κατά προσέγγιση συνοριακές γραμμές για τις οποίες ενδέχεται να μην υπάρχει ακόμη πλήρης συμφωνία.

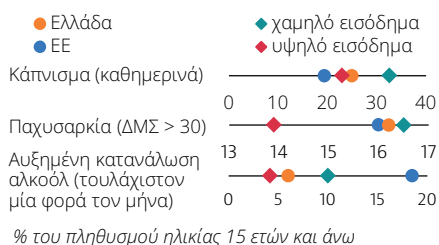
© ΟΟΣΑ και Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (που ενεργεί ως οργανισμός υποδοχής και γραμματεία του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου Συστημάτων και Πολιτικών Υγείας) 2023.

1 Σημαντικότερα σημεία



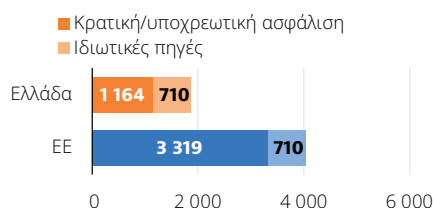
Κατάσταση της Υγείας

Μετά από δύο δεκαετίες ανόδου, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ελλάδα σημείωσε απότομη μείωση κατά 1,5 έτη μεταξύ του 2019 και του 2021 λόγω της πανδημίας COVID-19. Μετά από μια ελαφρά ανάκαμψη το 2022, επέστρεψε στο επίπεδο των 80,7 ετών του 2012, το οποίο είναι ίσο με τον μέσο όρο της ΕΕ. Το εγκεφαλικό επεισόδιο, η ισχαιμική καρδιοπάθεια και ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελούν τις κύριες αιτίες θανάτου.



Παράγοντες κινδύνου

Τα ποσοστά καπνίσματος στην Ελλάδα είναι υψηλά: ένας στους τέσσερις ενήλικες καπνίζει σε καθημερινή βάση. Τα ποσοστά παχυσαρκίας κυμαίνονται στο ίδιο επίπεδο με τον μέσο όρο της ΕΕ μεταξύ των ενηλίκων, αλλά είναι υψηλότερα μεταξύ των εφήβων. Αντιθέτως, η Ελλάδα καταγράφει χαμηλά ποσοστά αυξημένης κατανάλωσης αλκοόλ. Τα άτομα στο κατώτατο πεμπτημόριο εισοδήματος είναι πιθανότερο να καπνίζουν, να είναι παχύσαρκα και να αναφέρουν περιστασιακή υπέρμετρη κατανάλωση αλκοόλ από ό,τι τα άτομα που βρίσκονται στο ανώτατο πεμπτημόριο.

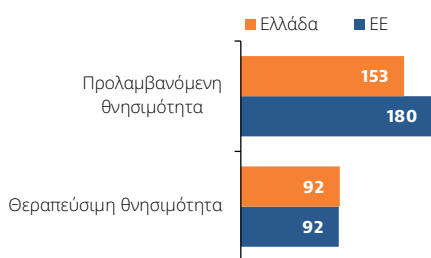


Σύστημα υγείας

Με 1 874 EUR κατά κεφαλήν το 2021, η Ελλάδα διέθεσε λιγότερο από το ήμισυ του μέσου όρου των συνολικών δαπανών για την υγεία σε ολόκληρη την ΕΕ. Οι δημόσιες δαπάνες αποτελούν τη βασική πηγή χρηματοδότησης (62 %), αλλά είναι σημαντικά χαμηλότερες από τον μέσο όρο της ΕΕ που ανέρχεται σε 81 %. Το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών δαπανών έχει τη μορφή άμεσων ιδιωτικών πληρωμών (33 %), ποσοστό που υπερβαίνει κατά πολύ τον μέσο όρο της ΕΕ (15 %).

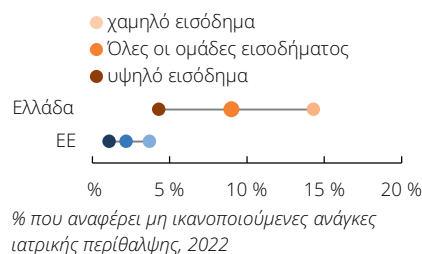
Αποτελεσματικότητα

Όπως και σε άλλες χώρες της ΕΕ, ο αριθμός των αποτρεψίμων θανάτων το 2020 αυξήθηκε λόγω της νόσου COVID-19. Ωστόσο, το ποσοστό προλαμβανόμενης θνησιμότητας παρέμεινε κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ. Η θνησιμότητα από θεραπεύσιμες αιτίες είναι ίση με τον μέσο όρο της ΕΕ και αποδίδεται στις προκλήσεις όσον αφορά τη διάγνωση και τη θεραπεία ασθενών με καρδιαγγειακές παθήσεις και καρκίνους.



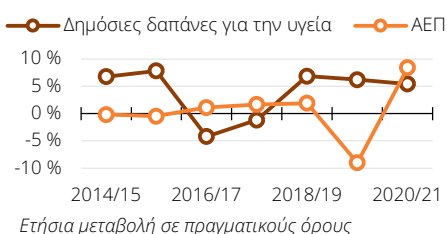
Προσβασιμότητα

Τα ποσοστά των αναφερόμενων μη ικανοποιούμενων αναγκών για ιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα (9,0 %) είναι σημαντικά υψηλότερα από τον μέσο όρο της ΕΕ (2,2 %). Οι μη ικανοποιούμενες ανάγκες που αναφέρονται από νοικοκυριά χαμηλού εισοδήματος είναι υπερτριπλάσιες από εκείνες που αναφέρονται από ομάδες υψηλού εισοδήματος. Το κόστος αποτελεί σημαντικό παράγοντα παραμέλησης της περίθαλψης, γεγονός που αντικατοπτρίζει τις υψηλές άμεσες ιδιωτικές πληρωμές των νοικοκυριών.



Ανθεκτικότητα

Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν σε πραγματικούς όρους από την περίοδο 2018/2019, τάση η οποία διατηρήθηκε καθ' όλη τη διάρκεια της πανδημίας, παρά την απότομη μείωση του ΑΕΠ την περίοδο 2019/2020. Στο σχέδιο ανάκαμψης και ανθεκτικότητας της Ελλάδας δίνεται προτεραιότητα στις επενδύσεις σε δημόσια νοσοκομεία, τον ψηφιακό μετασχηματισμό και την πρόληψη, καθώς και στον εκσυγχρονισμό των υποδομών πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης.



Ψυχική υγεία

Ένας στους πέντε ανθρώπους αντιμετώπιζε πρόβλημα ψυχικής υγείας στην Ελλάδα πριν από την πανδημία COVID-19 το 2019. Οι συνηθέστερες ψυχικές παθήσεις ήταν η κατάθλιψη (που εκτιμάται ότι πλήττει το 7 % του πληθυσμού), το άγχος (6 %) και οι διαταραχές λόγω κατανάλωσης αλκοόλ και χρήσης ναρκωτικών (2 %). Τα προγράμματα μεταρρύθμισης στο τομέα της ψυχικής υγείας έχουν επικεντρωθεί στην προώθηση της φροντίδας σε επίπεδο κοινότητας, της εκπαίδευσης και προώθησης της ψυχικής υγείας, καθώς και των δραστηριοτήτων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας πρόληψης —όπως στον τομέα της χρήσης ουσιών.

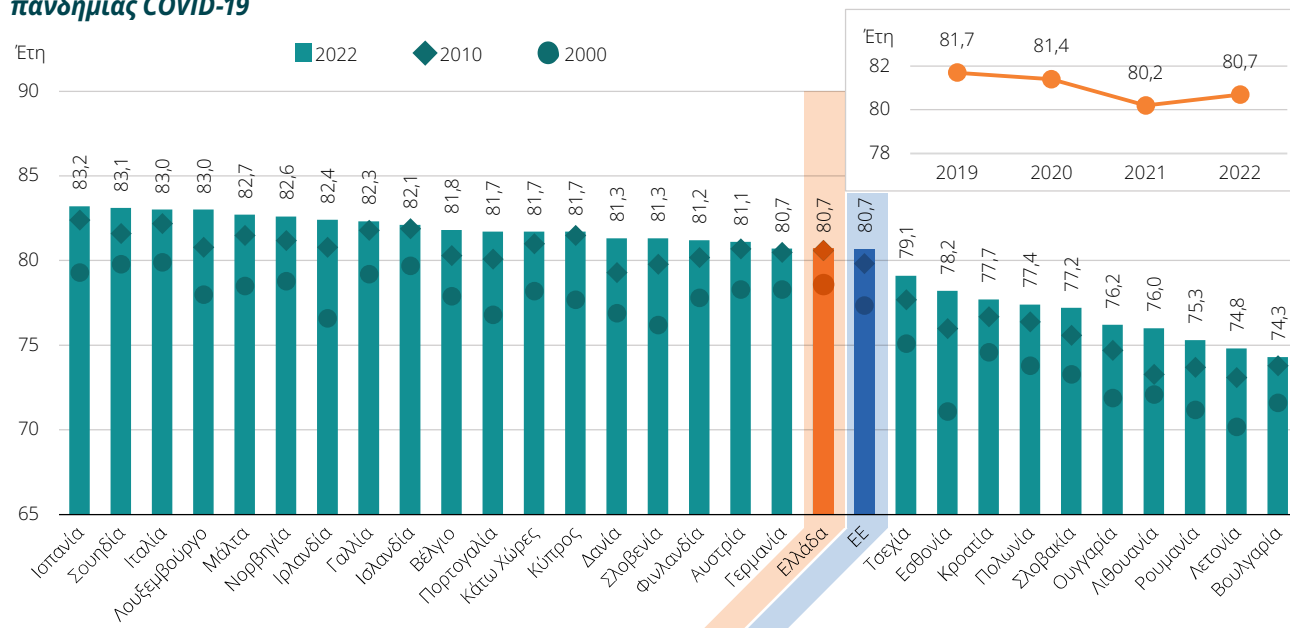
2 Η υγεία στην Ελλάδα

Το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα μειώθηκε στη διάρκεια της πανδημίας COVID-19

Το 2022 το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση για τον πληθυσμό της Ελλάδας αντιστοιχούσε σε 80,7 έτη, το οποίο είναι ίσο με τον μέσο όρο της ΕΕ, αλλά χαμηλότερο σε σύγκριση με τις περισσότερες χώρες της νότιας και δυτικής Ευρώπης (σχήμα 1). Συνολικά, το προσδόκιμο ζωής μειώθηκε κατά 1 έτος μεταξύ του

2019 και του 2022· το 2021 σημειώθηκε μεγάλη μείωση, αλλά το ποσοστό ανέκαμψε ελαφρώς το 2022. Η πανδημία COVID-19 επανέφερε το προσδόκιμο ζωής της Ελλάδας σε επίπεδα που είχαν καταγραφεί για τελευταία φορά το 2012. Το 2022 οι γυναίκες στην Ελλάδα ζούσαν 5,2 έτη περισσότερο από τους άνδρες —το χάσμα μεταξύ των φύλων προσεγγίζει τον μέσο όρο της ΕΕ.

Σχήμα 1. Το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα μειώθηκε κοντά στα επίπεδα του 2010 ως αποτέλεσμα της πανδημίας COVID-19



Σημειώσεις: Ο μέσος όρος της ΕΕ είναι σταθμισμένος. Τα στοιχεία του 2022 αποτελούν προσωρινές εκτιμήσεις της Eurostat οι οποίες ενδέχεται να διαφέρουν από τα εθνικά στοιχεία και να υπόκεινται σε αναθεώρηση. Τα στοιχεία για την Ιρλανδία αφορούν το 2021.

Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat.

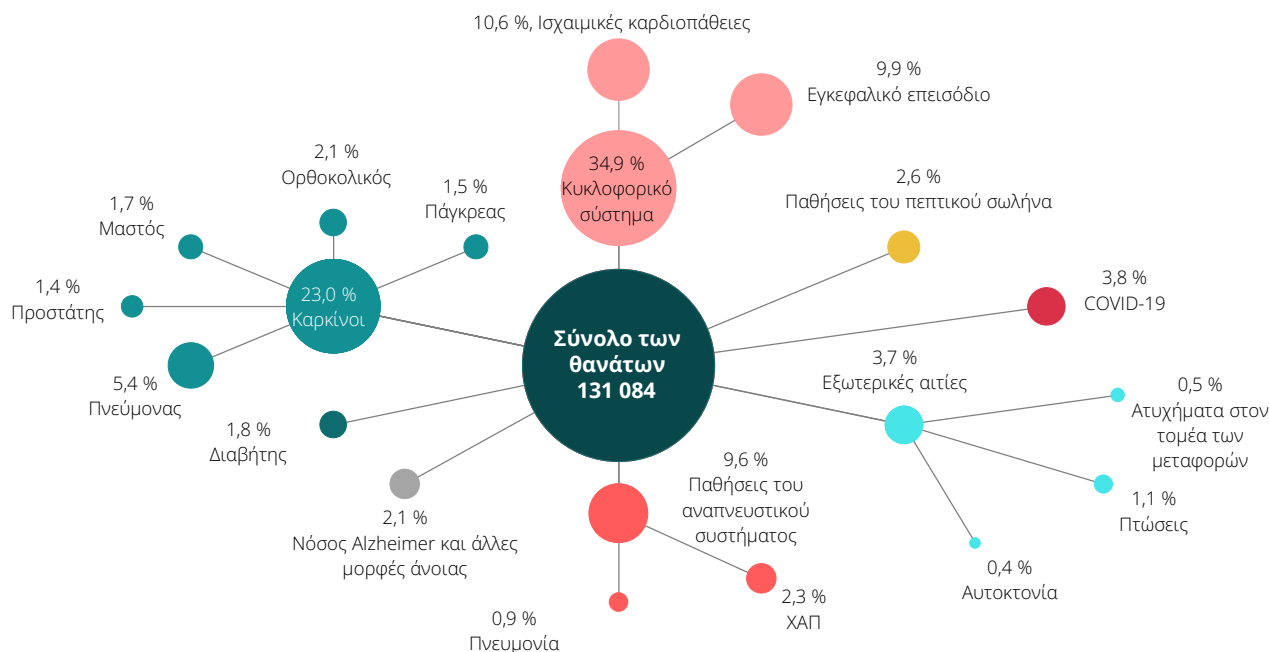
Οι παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος και ο καρκίνος συνέχισαν να είναι οι κυριότερες αιτίες θανάτου το 2020

Το 2020 οι κυριότερες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα ήταν οι παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος, όπως εγκεφαλικά επεισόδια και ισχαιμικές καρδιοπάθειες (σχεδόν το 35 % του συνόλου των θανάτων), καθώς και οι καρκίνοι (23 % του συνόλου των θανάτων) —και ειδικότερα ο καρκίνος του πνεύμονα (σχήμα 2). Κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους της πανδημίας, η νόσος COVID-19 προκάλεσε περισσότερους από 5 000 θανάτους στην Ελλάδα, αριθμός που αντιπροσώπευε σχεδόν το 4 % του συνόλου των θανάτων —την τέταρτη κυριότερη αιτία μετά τις παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος. Πάνω από το 85 % των θανάτων λόγω της νόσου COVID-19 το 2020 σημειώθηκε σε άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω.

Ο ευρύτερος δείκτης υπερβάλλουσας θνησιμότητας (από όλες τις αιτίες) δείχνει ότι οι υπερβάλλοντες θάνατοι στην Ελλάδα ήταν περίπου 7 % υψηλότεροι το 2020, 16 % υψηλότεροι το 2021 και 13 % υψηλότεροι το 2022 σε σύγκριση με τα

προηγούμενα πέντε έτη (2015-2019), με μέσο όρο τριετίας για την περίοδο 2020-2022 σχεδόν στο 12 %. Επιπλέον, και στα τρία έτη, ο αριθμός των υπερβάλλοντων θανάτων ήταν μεγαλύτερος από τον αριθμό των καταγεγραμμένων θανάτων από τη νόσο COVID-19 (σχήμα 3). Αυτό υποδηλώνει ότι ο αριθμός των θανάτων που σχετίζονταν με τη νόσο COVID-19 κατά τη διάρκεια αυτών των τριών ετών ενδέχεται να ήταν υψηλότερος από αυτόν που αναφέρθηκε. Οφείλεται επίσης, εν μέρει, στις διαταραχές των υπηρεσιών υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας, όπως η αναστολή της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και οι ακυρώσεις προγραμματισμένων χειρουργικών επεμβάσεων, με αποτέλεσμα την αύξηση της θνησιμότητας από άλλες αιτίες (Kondilis, Tarantilis & Benos, 2021).

Σχήμα 2. Η νόσος COVID-19 προκάλεσε σχεδόν το 4 % των θανάτων στην Ελλάδα το 2020

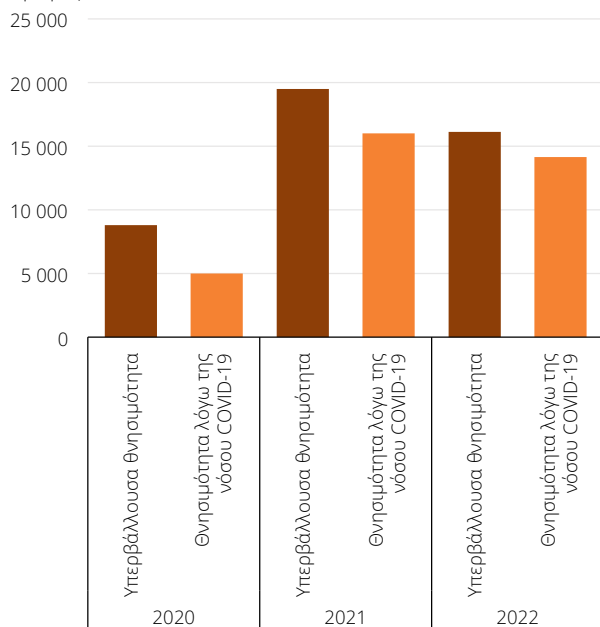


Σημείωση: Η ΧΑΠ αναφέρεται στη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια.

Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat (τα στοιχεία αφορούν το 2020).

Σχήμα 3. Η υπερβάλλουσα θνησιμότητα ήταν υψηλότερη από τη θνησιμότητα λόγω της νόσου COVID-19 που καταγράφηκε μεταξύ του 2020 και του 2022

Αριθμός θανάτων



Σημείωση: Η υπερβάλλουσα θνησιμότητα ορίζεται ως ο αριθμός των θανάτων από όλες τις αιτίες που υπερβαίνει τον μέσο ετήσιο αριθμό θανάτων κατά τα προηγούμενα πέντε έτη πριν από την πανδημία (2015-2019).

Πηγές: ECDC (για τη θνησιμότητα λόγω της νόσου COVID-19) και στατιστικές του ΟΟΣΑ για την υγεία με βάση τα στοιχεία της Eurostat (για την υπερβάλλουσα θνησιμότητα).

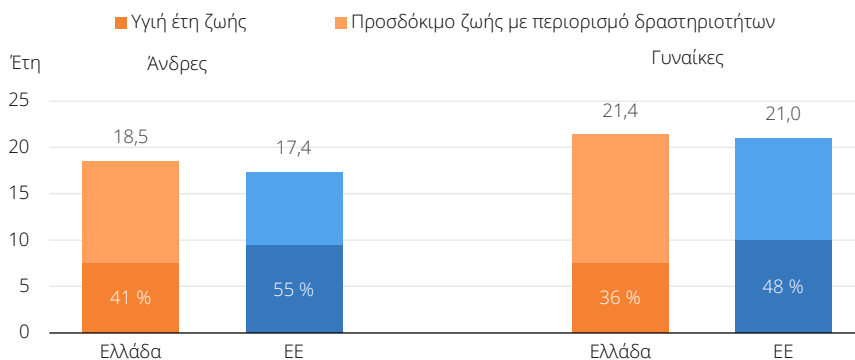
Οι γυναίκες ζουν μεγαλύτερο μέρος της ζωής τους μετά την ηλικία των 65 ετών με αναπηρίες

Ως αποτέλεσμα της αύξησης του προσδόκιμου ζωής, του δείκτη γονιμότητας κάτω από το επίπεδο αναπλήρωσης και της γήρανσης της γενιάς του «baby boom», το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω στην Ελλάδα αυξήθηκε από 17 % το 2000 σε 23 % το 2022. Το ποσοστό αυτό προβλέπεται να αυξηθεί στο 34 % έως το 2050.

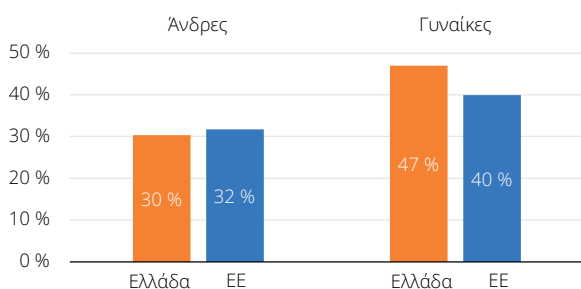
Το 2020 οι γυναίκες ηλικίας 65 ετών αναμενόταν να ζήσουν άλλα 21,4 έτη — σχεδόν κατά τρία έτη περισσότερο από τους άνδρες ηλικίας 65 ετών (σχήμα 4). Τα ποσοστά αυτά είναι χαμηλότερα από τους μέσους όρους της ΕΕ. Ωστόσο, το χάσμα μεταξύ των φύλων όσον αφορά τα υγιή έτη ζωής είναι μικρότερο, καθώς οι γυναίκες περνούν μεγαλύτερο μέρος της υπολειπόμενης διάρκειας της ζωής τους με αναπηρίες (περιορισμοί δραστηριοτήτων). Σχεδόν το 50 % των Ελληνίδων ηλικίας 65 ετών και άνω ανέφερε ότι είχε περισσότερες από μία χρόνιες παθήσεις το 2020, σε σύγκριση με μόλις 30 % των ανδρών στην εν λόγω ηλικιακή ομάδα. Παρόμοιο χάσμα μεταξύ των φύλων παρατηρείται όσον αφορά τον περιορισμό των δραστηριοτήτων μεταξύ των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω στην Ελλάδα, όπως συμβαίνει σε πολλές άλλες χώρες της ΕΕ.

Σχήμα 4. Λιγότεροι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα αναφέρουν υγιή έτη ζωής σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ

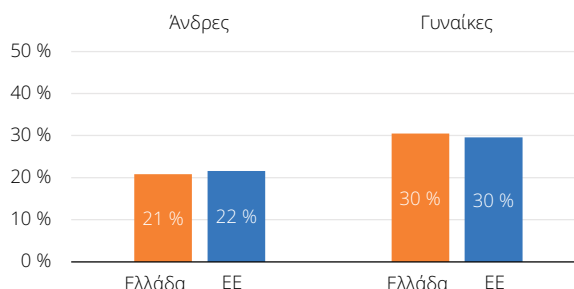
Προσδόκιμο ζωής και υγιή έτη ζωής στην ηλικία των 65 ετών



Ποσοστό ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω με πολλαπλές χρόνιες παθήσεις



Περιορισμοί των καθημερινών δραστηριοτήτων μεταξύ ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω



Πηγές: Βάση δεδομένων της Eurostat (για το προσδόκιμο ζωής και τα υγιή έτη ζωής) και κύμα 8 έρευνας SHARE (για τις χρόνιες παθήσεις και τους περιορισμούς των καθημερινών δραστηριοτήτων). Τα στοιχεία αφορούν το 2020.

Ο καρκίνος του μαστού, του προστάτη και του πνεύμονα συμβάλλουν σημαντικά στο άγχθος του καρκίνου στην Ελλάδα

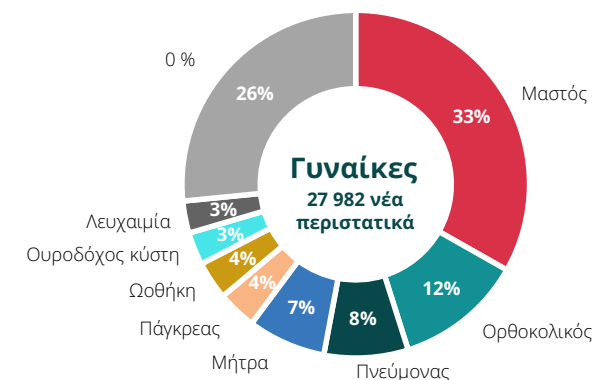
Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Κοινού Κέντρου Ερευνών με βάση τις τάσεις επιπολασμού των προηγούμενων ετών, το 2022 αναμενόταν να διαγνωστούν πάνω από 63 000 νέα περιστατικά καρκίνου στην Ελλάδα. Τα ποσοστά επιπολασμού του καρκίνου

αναμενόταν να είναι χαμηλότερα από τους μέσους όρους της ΕΕ τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Το σχήμα 5 δείχνει ότι τα κυριότερα όργανα που προσβάλλει ο καρκίνος στους άνδρες είναι ο προστάτης, και ακολουθεί ο καρκίνος του πνεύμονα, ο ορθοκολικός καρκίνος και ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης, ενώ στις γυναίκες είναι ο καρκίνος του μαστού, ο ορθοκολικός καρκίνος, ο καρκίνος του πνεύμονα και ο καρκίνος της μήτρας.

Σχήμα 5. Το 2022 αναμενόταν να διαγνωστούν πάνω από 63 000 νέα περιστατικά καρκίνου στην Ελλάδα



Προτυπωμένος κατά ηλικία δείκτης (όλες οι μορφές καρκίνου): 650 ανά 100 000 κατοίκους
Μέσος όρος ΕΕ: 684 ανά 100 000 κατοίκους



Προτυπωμένος κατά ηλικία δείκτης (όλες οι μορφές καρκίνου): 436 ανά 100 000 κατοίκους
Μέσος όρος ΕΕ: 488 ανά 100 000 κατοίκους

Σημείωση: Εξαιρείται ο μη μελανωματικός καρκίνος του δέρματος· στον καρκίνο της μήτρας δεν περιλαμβάνεται ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας.
 Πηγή: ECIS — Ευρωπαϊκό σύστημα ενημέρωσης για τον καρκίνο.

3 Παράγοντες κινδύνου

Οι συμπεριφορικοί και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου είναι σημαντικοί παράγοντες θνησιμότητας

Περίπου το 40 % όλων των θανάτων στην Ελλάδα το 2019 μπορεί να αποδοθεί σε συμπεριφορικούς παράγοντες κινδύνου, ποσοστό το οποίο είναι παρόμοιο με τον μέσο όρο της ΕΕ (σχήμα 6). Περίπου 22 % όλων των θανάτων το 2019 μπορεί να αποδοθεί στο κάπνισμα (τόσο το ενεργητικό όσο και το παθητικό), ποσοστό το οποίο είναι πολύ υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ. Εκτιμάται ότι η ανθυγιεινή διατροφή (συμπεριλαμβανομένης της χαμηλής πρόσληψης φρούτων και λαχανικών,

καθώς και της υψηλής κατανάλωσης ζάχαρης και αλατιού) ευθύνονται για το 15 % περίπου του συνόλου των θανάτων στην Ελλάδα, ποσοστό το οποίο είναι ελαφρώς χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (17 %). Ειδικότερα, η ατμοσφαιρική ρύπανση με τη μορφή της έκθεσης σε λεπτά αιωρούμενα σωματίδια (ΑΣ2,5) και στο όζον ευθυνόταν από μόνη της για το 5 % περίπου του συνόλου των θανάτων το 2019. Περίπου 3 % του συνόλου των θανάτων μπορεί να αποδοθεί στην κατανάλωση αλκοόλ, ενώ το 2 % περίπου σχετίζεται με τη χαμηλή σωματική δραστηριότητα.

Σχήμα 6. Ο καπνός και οι διατροφικοί κίνδυνοι αποτελούν σημαντικούς παράγοντες θνησιμότητας στην Ελλάδα



Σημειώσεις: Ο συνολικός αριθμός θανάτων που συνδέονται με αυτούς τους παράγοντες κινδύνου είναι μικρότερος από το άθροισμα των θανάτων από κάθε επιμέρους παράγοντα σε μεμονωμένη βάση, επειδή ο ίδιος θάνατος μπορεί να αποδοθεί σε περισσότερους του ενός παράγοντες κινδύνου. Στους διατροφικούς κινδύνους περιλαμβάνονται 14 συνιστώσες, όπως η χαμηλή πρόσληψη φρούτων και λαχανικών και η υψηλή κατανάλωση ζαχαρούχων ποτών. Η ατμοσφαιρική ρύπανση αφορά την έκθεση σε ΑΣ2,5 και στο όζον.

Πηγές: IHME (2020), Global Health Data Exchange (οι εκτιμήσεις αναφέρονται στο 2019).

Τα ποσοστά καπνίσματος στους άνδρες και στις γυναίκες στην Ελλάδα έχουν μειωθεί, αλλά εξακολουθούν να είναι υψηλά

Η διάδοση του καπνίσματος στην Ελλάδα έχει μειωθεί τις τελευταίες δύο δεκαετίες, πριν από τις οποίες πάνω από το ένα τρίτο του πληθυσμού ήταν καθημερινοί καπνιστές. Το 2019 ένας στους τέσσερις Έλληνες ενήλικους κάπνιζε σε καθημερινή βάση, ποσοστό το οποίο εξακολουθεί να είναι ένα από τα υψηλότερα στις χώρες της ΕΕ (σχήμα 7). Όπως και σε πολλές άλλες χώρες, οι Έλληνες είναι πολύ πιθανότερο να καπνίζουν σε σύγκριση με τις Ελληνίδες (31 % έναντι 19 %). Το 2019 θεσπίστηκε αυστηρότερη νομοθεσία για την επέκταση και την επιβολή της απαγόρευσης του καπνίσματος τόσο σε εσωτερικούς όσο και σε καθορισμένους υπαίθριους δημόσιους χώρους —συμπεριλαμβανομένων των εστιατορίων και των μπαρ— αλλά αντιμετωπίζονται ακόμα προκλήσεις σε επίπεδο εφαρμογής (βλ. ενότητα 5.1).

Λιγότερα από ένα στα πέντε (17 %) άτομα 15 ετών στην Ελλάδα ανέφεραν ότι είχαν καπνίσει τον προηγούμενο μήνα το 2022 — ποσοστό που έχει μειωθεί ελαφρώς την τελευταία δεκαετία και είναι ίσο με τον μέσο όρο της ΕΕ. Ωστόσο, η χρήση ηλεκτρονικών τσιγάρων είναι δημοφιλής στους εφήβους

και περίπου ένας στους δέκα 15χρονους και 16χρονους στην Ελλάδα (11 %) ανέφερε ότι κάπνιζε ηλεκτρονικά τσιγάρα το 2019, παρότι το ποσοστό αυτό ήταν χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ που είναι στο 14 % [με βάση την Ευρωπαϊκή Έρευνα στον Μαθητικό Πληθυσμό για τη Χρήση Αλκοόλ και Άλλων Εξαρτησιογόνων Ουσιών(ESPAD)].

Το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία στους εφήβους αποτελούν πηγή ιδιαίτερης ανησυχίας για τη δημόσια υγεία

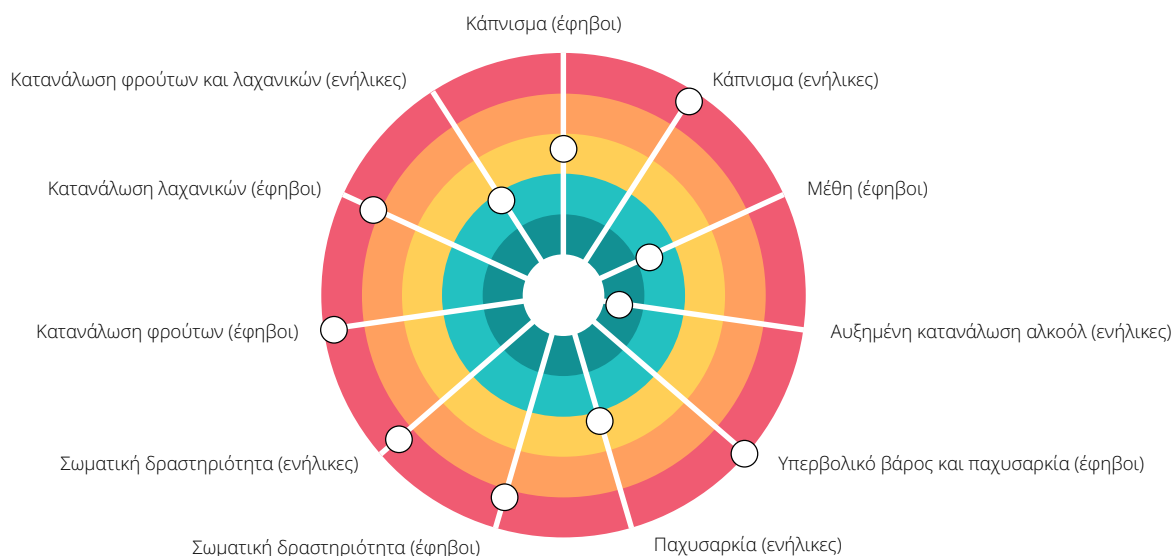
Περίπου ένας στους έξι ενήλικους (16 %) ήταν παχύσαρκος στην Ελλάδα το 2019 — ποσοστό υψηλότερο σε σύγκριση με την Ιταλία (11 %) ή τη Γαλλία (14 %), αλλά παρόμοιο με το ποσοστό σε άλλες μεσογειακές χώρες όπως η Κύπρος (15 %), η Πορτογαλία (17 %) και η Ισπανία (15 %) και ίσο με τον μέσο όρο της ΕΕ (16 %). Αντίθετα, περισσότεροι από ένας στους τέσσερις 15χρονους (28 %) ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι στην Ελλάδα το 2022, ποσοστό το οποίο είναι υψηλότερο από ό,τι στις περισσότερες άλλες χώρες της ΕΕ και αυξημένο από το 2018 (22 %). Τα αγόρια είναι πολύ πιο πιθανό να είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκα σε σύγκριση με τα κορίτσια.

Στην Ελλάδα, όπως και στις περισσότερες άλλες χώρες της ΕΕ, η κακή διατροφή είναι ο κύριος παράγοντας υπερβολικού βάρους ή παχυσαρκίας. Ωστόσο, μεταξύ του 2014 και του 2019, ο ενήλικος πληθυσμός των Ελλήνων βελτίωσε την κατανάλωση πέντε μερίδων φρούτων και λαχανικών ημερησίως από το 7,8 % στο 12,4 %, φθάνοντας τον μέσο όρο της ΕΕ. Αντίθετη τάση παρατηρείται στους εφήβους, των οποίων η καθημερινή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών μειώθηκε μεταξύ του 2014 και του 2022.

Η διάδοση της αυξημένης κατανάλωσης αλκοόλ στους ενήλικες είναι από τις χαμηλότερες στις χώρες της ΕΕ

Σε αντίθεση με τα υψηλά επίπεδα κατανάλωσης καπνού της χώρας, αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ¹ το 2019 ανέφερε μόλις το 6 % των Ελλήνων ενηλίκων, το οποίο είναι ένα από τα χαμηλότερα επίπεδα μεταξύ των χωρών της ΕΕ. Οι άνδρες είχαν τριπλάσιες πιθανότητες από τις γυναίκες να καταναλώνουν αλκοόλ σε αυξημένο επίπεδο (9 % έναντι 3 %). Όσον αφορά τους εφήβους, το ποσοστό των 15χρονων που αναφέρουν ότι έχουν μεθύσει τουλάχιστον δύο φορές στη ζωή τους ήταν αρκετά σταθερό τις τελευταίες δύο δεκαετίες, αντιστοιχώντας σε περίπου 20 % το 2018 — χαμηλότερο από ό,τι στις περισσότερες χώρες της ΕΕ.

Σχήμα 7. Το κάπνισμα μεταξύ των ενηλίκων, καθώς και το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία στους εφήβους, αποτελούν σημαντικά προβλήματα για τη δημόσια υγεία



Σημειώσεις: Όσο πιο κοντά στο κέντρο βρίσκεται η κουκκίδα, τόσο καλύτερες είναι οι επιδόσεις της χώρας σε σύγκριση με άλλες χώρες της ΕΕ. Καμία χώρα δεν βρίσκεται στη λευκή «περιοχή-στόχο», καθώς υπάρχει περιθώριο προόδου για όλες τις χώρες σε όλους τους τομείς.

Πηγές: Υπολογισμοί του ΟΟΣΑ με βάση την έρευνα HBSC του 2022 όσον αφορά τους δείκτες για τους εφήβους και την ευρωπαϊκή έρευνα υγείας με συνεντεύξεις (EHIS) του 2019 όσον αφορά τους δείκτες για τους ενηλίκους.

Οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες επιδεινώνουν τους συμπεριφορικούς παράγοντες κινδύνου στην Ελλάδα

Πολλοί συμπεριφορικοί παράγοντες κινδύνου στην Ελλάδα, όπως και σε άλλες χώρες, παρουσιάζονται συχνότερα μεταξύ των ατόμων με χαμηλότερο μορφωτικό ή εισοδηματικό επίπεδο. Το 2019 σχεδόν ένας στους τρεις ενήλικες (32 %) στο κατώτατο πεμπτημόριο εισοδήματος κάπνιζε καθημερινά σε σύγκριση με έναν στους πέντε (22 %) στο ανώτατο πεμπτημόριο εισοδήματος. Τα άτομα με χαμηλότερα επίπεδα εισοδήματος (ή μόρφωσης) ήταν επίσης πιθανότερο να είναι παχύσαρκα και να αναφέρουν υψηλή περιστασιακή κατανάλωση αλκοόλ.

¹ Η αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ ορίζεται ως η κατανάλωση έξι ή περισσότερων αλκοολούχων ποτών σε μία περίπτωση για τους ενηλίκους.

4 Το σύστημα υγείας

Το συγκεντρωτικό σύστημα υγείας της Ελλάδας παρέχει σχεδόν καθολική κάλυψη και ενοποιημένη δέσμη παροχών

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) χρηματοδοτείται από έναν και μόνο ασφαλιστικό φορέα, τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), σε συνδυασμό με σημαντική χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό. Το Υπουργείο Υγείας είναι υπεύθυνο για την ευρεία ρύθμιση όλου του συστήματος. Η κάλυψη είναι σχεδόν καθολική, με υπηρεσίες υγείας διαθέσιμες στους πολίτες και τους νόμιμα διαμένοντες, ενώ οι μετανάστες που δεν διαθέτουν επίσημα έγγραφα έχουν δικαίωμα πρόσβασης μόνο σε επείγουσα περίθαλψη. Το ΕΣΥ προσφέρει μια τυποποιημένη εθνική δέσμη παροχών που καλύπτει την προληπτική, την πρωτοβάθμια και τη δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Ο ΕΟΠΥΥ ενεργεί ως μοναδικός αγοραστής των χρηματοδοτούμενων από το κράτος υπηρεσιών υγείας, και είναι συμβεβλημένος τόσο με δημόσιους όσο και με ιδιωτικούς παρόχους. Ο ιδιωτικός τομέας παρέχει κυρίως πρωτοβάθμια περίθαλψη, εξωνοσοκομειακές εξειδικευμένες υπηρεσίες περίθαλψης και διαγνωστικές υπηρεσίες. Οι μεταρρυθμιστικές προσπάθειες που καταβάλλονται από το 2017 έχουν ως στόχο την ενίσχυση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, προαγωγής της υγείας και πρόληψης σε επίπεδο κοινότητας μέσω της επέκτασης του δικτύου τοπικών μονάδων υγείας και κέντρων υγείας (βλ. ενότητα 5.3).

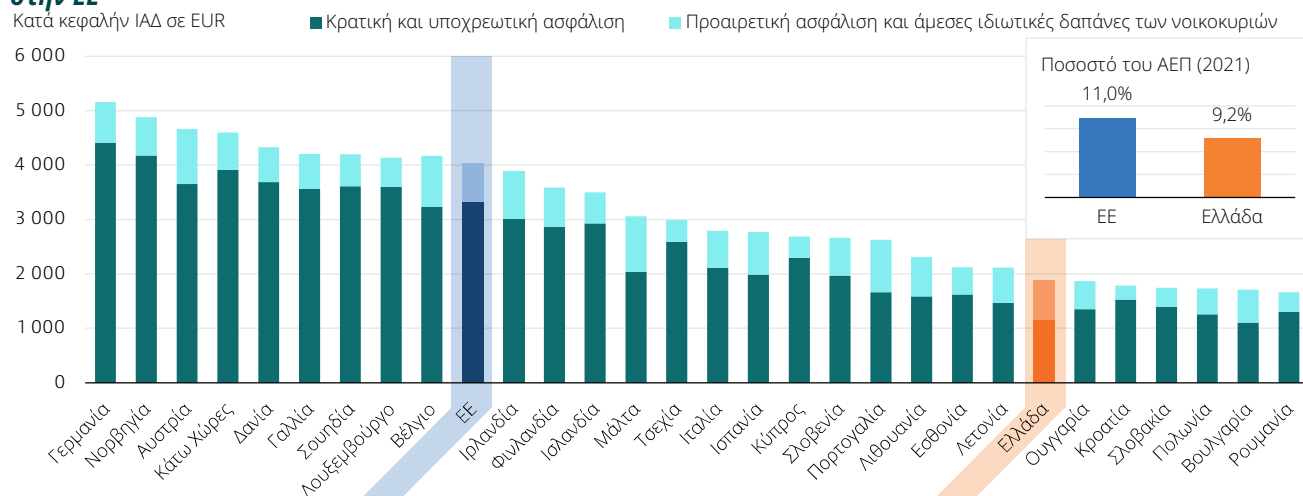
Οι δαπάνες για την υγεία έχουν αυξηθεί, αλλά εξακολουθούν να είναι σχετικά χαμηλές σε σύγκριση με τις περισσότερες άλλες χώρες της ΕΕ

Ιστορικά, οι δαπάνες της Ελλάδας για την υγεία ήταν χαμηλότερες από τον μέσο όρο της ΕΕ, και ειδικότερα μετά

την εφαρμογή ευρέος φάσματος μέτρων για τη συγκράτηση του κόστους και την αποδοτικότητα μετά την παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση το 2009. Το 2021 οι δαπάνες για την υγεία ανέρχονταν στο 9,2 % του ΑΕΠ, σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ που ήταν 11,0 %. Παρά την αύξηση κατά 4,9 % των τρεχουσών δαπανών για την υγεία μεταξύ του 2020 και του 2021, οι οποίες ανήλθαν σε 1 874 EUR κατά κεφαλήν (προσαρμοσμένες ανάλογα με τις διαφορές στην αγοραστική δύναμη), οι δαπάνες της Ελλάδας για την υγεία είναι χαμηλότερες από το ήμισυ του μέσου όρου σε ολόκληρη την ΕΕ (4 028 EUR) (σχήμα 8).

Το 2021 το ποσοστό της δημόσιας χρηματοδότησης για την υγειονομική περίθαλψη αυξήθηκε ελαφρά στο 62,1 %, αλλά βρίσκεται στο χαμηλότερο επίπεδο των κρατών μελών της ΕΕ και είναι σημαντικά χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ, που ανέρχεται σε 81,1 %. Οι άμεσες ιδιωτικές πληρωμές των νοικοκυριών αντιπροσωπεύουν το 33 % των δαπανών για την υγεία, το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό μετά τη Βουλγαρία, και είναι πολύ υψηλότερες από τον μέσο όρο της ΕΕ (15 %). Πρόκειται κυρίως για συμμετοχές για φαρμακευτικά προϊόντα και άμεσες πληρωμές για υπηρεσίες εκτός της δέσμης παροχών (βλ. ενότητα 5.2). Οι άτυπες πληρωμές αποτελούν επίσης χαρακτηριστικό των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών, καθώς το 13 % των Ελλήνων που απάντησαν σε έρευνα το 2022 ανέφερε ότι χρειάστηκε να προσφέρει επιπλέον πληρωμή ή πολύτιμο δώρο σε νοσηλεύτη ή ιατρό, ή να προβεί σε δωρεά στο νοσοκομείο (επιπλέον των επίσημων αμοιβών) κατά την επίσκεψή τους σε δημόσια δομή υγειονομικής περίθαλψης (ΕΥ, 2022· Economidou C et al., 2017).

Σχήμα 8. Οι κατά κεφαλήν δαπάνες της Ελλάδας για την υγεία είναι χαμηλότερες από το ήμισυ του μέσου όρου στην ΕΕ



Σημείωση: Ο μέσος όρος της ΕΕ είναι σταθμισμένος.

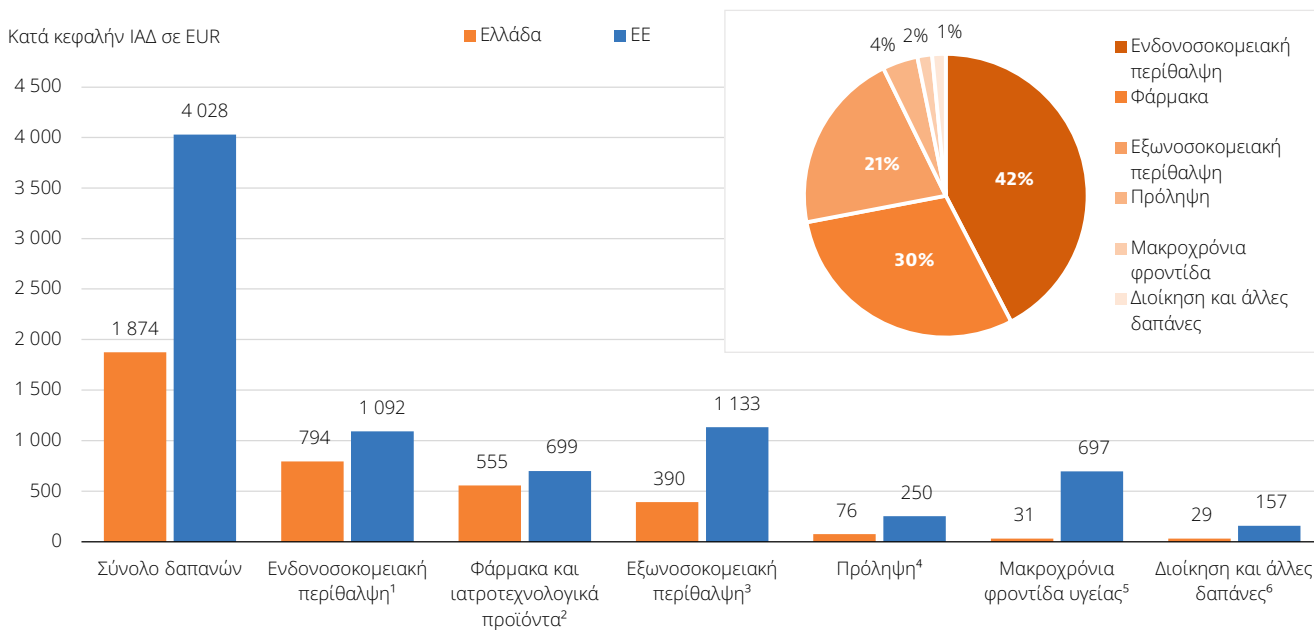
Πηγή: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την υγεία 2023 (τα στοιχεία αφορούν το 2021, με εξαίρεση τη Μάλτα για την οποία αφορούν το 2020).

Η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη αντιπροσωπεύει τη μεγαλύτερη κατηγορία δαπανών για την υγεία, και ακολουθούν τα φαρμακευτικά προϊόντα και τα ιατρικά βοηθήματα

Συνεχίζοντας τις παγιωμένες τάσεις, πάνω από τα δύο πέμπτα των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα το 2021 αφορούσαν την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη (σχήμα 9) — το τρίτο υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ μετά την Κύπρο και τη Ρουμανία. Ο μέσος όρος στην ΕΕ ανέρχεται σε 28 %. Δεδομένου ότι οι συνολικές δαπάνες της Ελλάδας για την υγεία είναι σχετικά χαμηλές, η χορήγηση φαρμάκων και ιατρικών βοηθημάτων σε εξωτερικούς ασθενείς, των οποίων οι τιμές

τείνουν να συγκλίνουν εντός της ενιαίας αγοράς, απορροφούν το 30 % των δαπανών για την υγεία, ποσοστό πολύ υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (18 %). Αντίθετα, η Ελλάδα δαπανά πολύ λιγότερο για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, τόσο σε απόλυτους όρους όσο και ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών για την υγεία (21 %), παρά τις προσπάθειες για επέκταση της διαθεσιμότητας και της χρήσης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Παρότι οι δαπάνες για την πρόληψη αυξήθηκαν, στο 4 % των δαπανών για την υγεία εξακολουθούν να είναι χαμηλές σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ (6 %). Ομοίως, οι πόροι που διατίθενται για μακροχρόνια φροντίδα είναι από τους χαμηλότερους στην ΕΕ.

Σχήμα 9. Η Ελλάδα διοχετεύει λιγότερους πόρους στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και την πρόληψη σε σχέση με τους μέσους όρους της ΕΕ



Σημειώσεις: 1. Περιλαμβάνονται η θεραπευτική φροντίδα και η φροντίδα αποκατάστασης σε νοσοκομεία και άλλες δομές. 2. Περιλαμβάνεται μόνον η αγορά εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. 3. Περιλαμβάνονται η κατ'οίκον περίθαλψη και οι επικουρικές υπηρεσίες (π.χ. μεταφορά ασθενών). 4. Περιλαμβάνονται μόνο δαπάνες για οργανωμένα προγράμματα πρόληψης. 5. Περιλαμβάνεται μόνο το σκέλος που αφορά την υγεία. 6. Περιλαμβάνονται οι δαπάνες για τη διακυβέρνηση και τη διοίκηση του συστήματος υγείας, και άλλες δαπάνες. Ο μέσος όρος της ΕΕ είναι σταθμισμένος.

Πηγή: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την υγεία 2023 (τα στοιχεία αφορούν το 2021, με εξαίρεση τη Μάλτα για την οποία αφορούν το 2020).

Η Ελλάδα διαθέτει λιγότερες νοσοκομειακές κλίνες από τον μέσο όρο της ΕΕ

Ο συνολικός αριθμός νοσοκομειακών κλινών (σε μονάδες εντατικής και μη εντατικής θεραπείας) μειώθηκε σταδιακά από το 2000, φθάνοντας τις 4,3 ανά 1 000 κατοίκους το 2021, ποσοστό χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ που είναι 4,8 κλίνες. Η πανδημία COVID-19 άσκησε πιέσεις στις νοσοκομειακές κλίνες τόσο σε μονάδες εντατικής όσο και μη εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) κατά τις περιόδους αιχμής, ενώ σε περιοχές που επλήγησαν περισσότερο έπρεπε ενίοτε να χρησιμοποιηθούν κλίνες σε εγκαταστάσεις του ιδιωτικού τομέα.

Οι περισσότεροι ιατροί στην Ελλάδα είναι ειδικευμένοι, με πολύ λίγους γενικούς ιατρούς

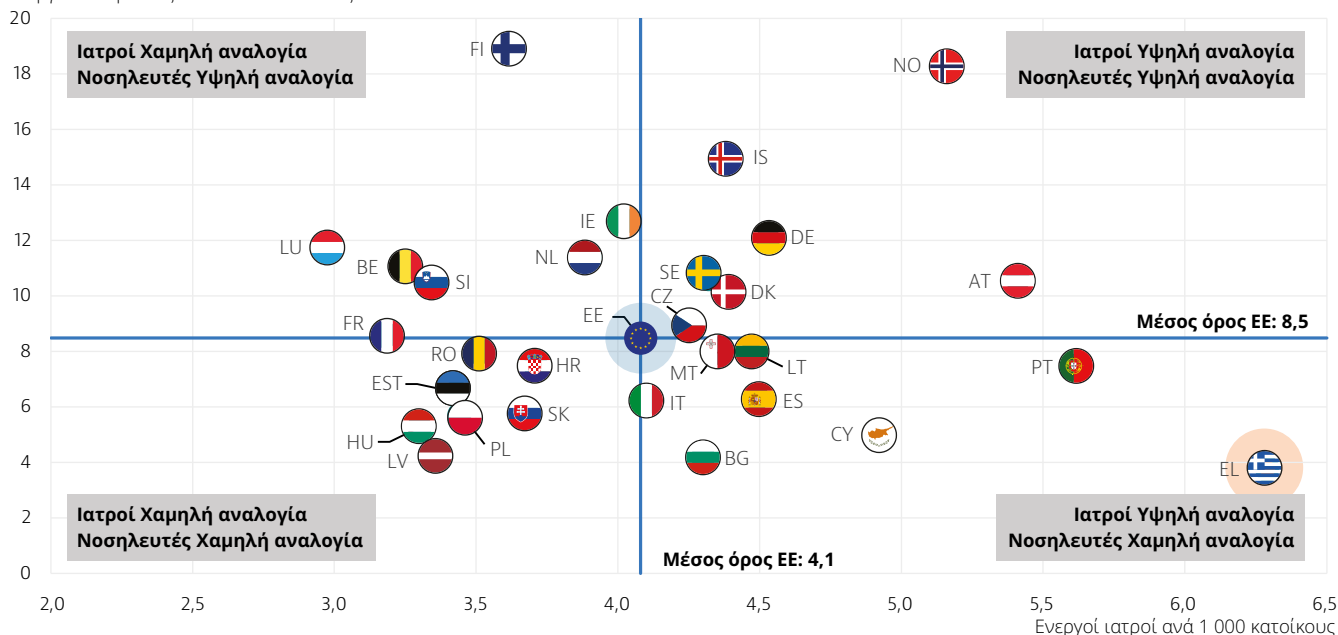
Ο αριθμός των ιατρών στην Ελλάδα αυξάνεται σταθερά από το 2000 και είναι πολύ υψηλότερος από τον μέσο όρο της ΕΕ, φθάνοντας τους 6,3 ανά 1 000 κατοίκους το 2021. Ωστόσο, αυτό οφείλεται εν μέρει στο γεγονός ότι στα στοιχεία καταγράφονται

όλοι οι ιατροί που διαθέτουν άδεια άσκησης επαγγέλματος και όχι μόνο εκείνοι που είναι επαγγελματικά ενεργοί (σχήμα 10). Η συντριπτική πλειονότητα των ιατρών είναι ειδικευμένοι: οι γενικοί ιατροί αντιπροσωπεύουν μόλις το 6 % του συνόλου των ιατρών, ποσοστό που είναι μακράν το χαμηλότερο μεταξύ των χωρών της ΕΕ.

Ο αριθμός των νοσηλευτών παρέμεινε σχετικά σταθερός κατά την τελευταία δεκαετία, αλλά είναι πολύ χαμηλός, με 3,8 ανά 1 000 κατοίκους το 2021. Και πάλι, λόγω περιορισμών ως προς τα δεδομένα λαμβάνονται υπόψη μόνο οι νοσηλευτές στα νοσοκομεία, γεγονός που δυσχεραίνει, για παράδειγμα, την εξακρίβωση αν ο αριθμός των νοσηλευτών στο περιβάλλον της ευρύτερης κοινότητας επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών — ειδικότερα για τη στήριξη της ανάπτυξης ενισχυμένων κέντρων πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Σχήμα 10. Η Ελλάδα καταγράφει πολύ υψηλό αριθμό ιατρών, αλλά πολύ μικρότερο σε νοσηλευτικό προσωπικό

Ενεργοί νοσηλευτές ανά 1 000 κατοίκους



Σημειώσεις: Ο μέσος όρος της ΕΕ δεν είναι σταθμισμένος. Τα στοιχεία για τους νοσηλευτές περιλαμβάνουν όλες τις κατηγορίες νοσηλευτών (όχι μόνο εκείνους που πληρούν την οδηγία της ΕΕ σχετικά με την αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων). Για την Ελλάδα ο αριθμός των νοσηλευτών είναι υποεκτιμημένος, καθώς περιλαμβάνει μόνο όσους εργάζονται σε νοσοκομείο. Στην Πορτογαλία και στην Ελλάδα τα στοιχεία αναφέρονται σε όλους τους ιατρούς με άδεια άσκησης επαγγέλματος, με αποτέλεσμα τη μεγάλη υπερεκτίμηση του αριθμού των ενεργών ιατρών (π.χ. περίπου 30 % στην Πορτογαλία).
Πηγή: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την υγεία 2023 (τα στοιχεία αφορούν το 2021 ή το πλησιέστερο διαθέσιμο έτος).

5 Απόδοση του συστήματος υγείας

5.1 Αποτελεσματικότητα

Η προλαμβανόμενη θνησιμότητα αυξήθηκε το 2020, αλλά εξακολουθεί να είναι κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ

Η αποτρεπτική θνησιμότητα από προλαμβανόμενες και θεραπεύσιμες αιτίες, συνδυαστικά, είναι κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ (σχήμα 11). Το ποσοστό των προλαμβανόμενων θανάτων στην Ελλάδα είχε αργή φθίνουσα πορεία την τελευταία δεκαετία και παρέμεινε σταθερά κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ. Ωστόσο, όπως και σε άλλες χώρες της ΕΕ, η προλαμβανόμενη θνησιμότητα αυξήθηκε στην Ελλάδα μεταξύ του 2019 και του 2020 (κατά 11 %), κυρίως επειδή οι θάνατοι λόγω της νόσου COVID-19 ταξινομούνταν ως αποτρέψιμοι. Ο καρκίνος του πνεύμονα (26 %) και η ισχαιμική καρδιοπάθεια (15 %) εξακολουθούν να αποτελούν τις κυριότερες αιτίες προλαμβανόμενων θανάτων, μαζί με τη νόσο COVID-19 (9 %).

Η αντιμετώπιση του καπνίσματος αποτελεί βασική πρόκληση για τη βελτίωση του ποσοστού των αποτρέψιμων θανάτων

Το 2019, στο πλαίσιο ευρύτερων μέτρων που αποσκοπούσαν στην αντιμετώπιση των υψηλών ποσοστών καπνίσματος —τα οποία αποτελούν βασική αιτία πολλών αποτρέψιμων θανάτων— η κυβέρνηση δημοσίευσε ένα νέο εθνικό σχέδιο για τον έλεγχο του καπνίσματος και θέσπισε αυστηρότερη νομοθεσία για την καταπολέμηση του καπνίσματος, συνοδευόμενη από αυστηρότερα μέτρα επιβολής και κυρώσεις. Ωστόσο, από την

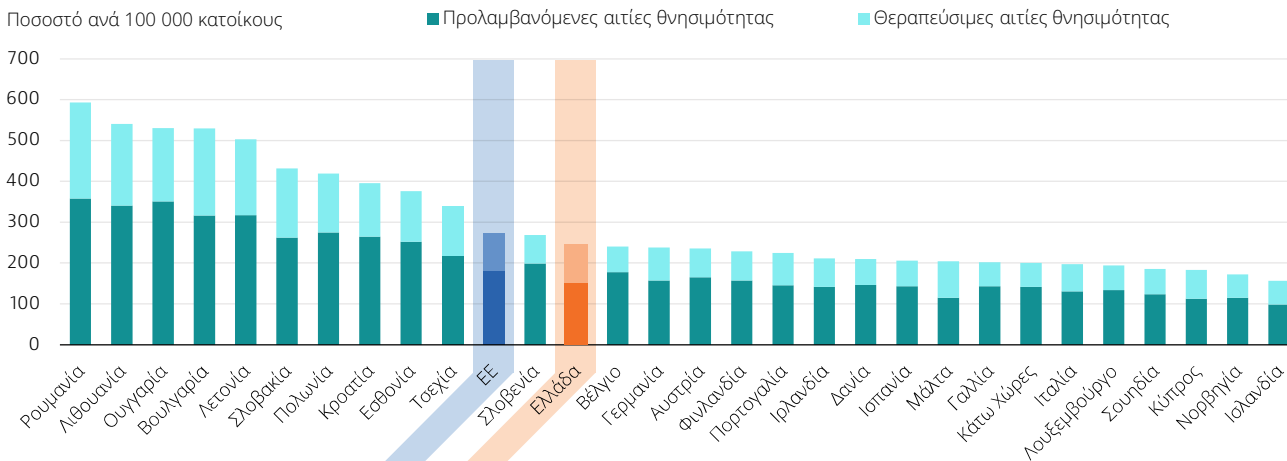
επαναλειτουργία των επιχειρήσεων μετά τα περιοριστικά μέτρα λόγω της νόσου COVID-19, η εφαρμογή της εκτεταμένης απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους εσωτερικούς και εξωτερικούς χώρους έχει καταστεί λιγότερο αυστηρή. Επιπλέον, έχουν παρασχεθεί ελάχιστες διευκρινίσεις σχετικά με τους κανόνες για το άτμισμα σε δημόσιους χώρους (OECD, 2023). Η αποτελεσματικότητα σε αυτόν τον τομέα μπορεί να βελτιωθεί με τη συμπλήρωση της τρέχουσας προσέγγισης με ισχυρότερες εκπαιδευτικές εκστρατείες για θέματα υγείας και με την αύξηση των προληπτικών επιλογών, όπως οι υπηρεσίες απεξάρτησης από το κάπνισμα, οι οποίες δεν είναι ευρέως διαθέσιμες. Το γενικό Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2021-2025 περιλαμβάνει προληπτικά μέτρα και δράσεις για τη διαχείριση διαφόρων ασθενειών, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του πνεύμονα, ενώ η ειδική στρατηγική πρόληψης στον τομέα της δημόσιας υγείας «Σπύρος Δοξιάδης» που δρομολογήθηκε το 2020, στοχεύει σε ορισμένες προσπάθειες πρόληψης σε 15 επιχειρησιακούς τομείς.

Τα ποσοστά χρήσης εμβολίων για επιλεγμένες ανοσοποιήσεις ποικίλλουν

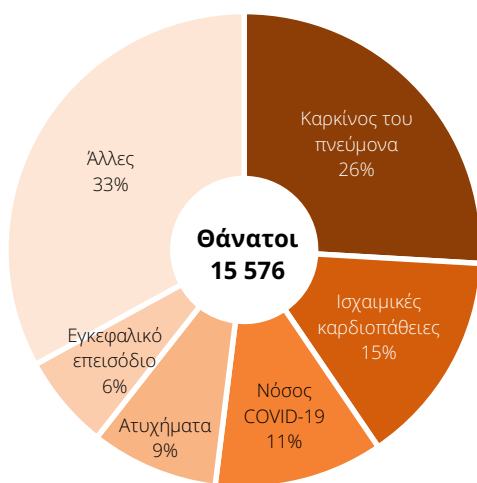
Οι εμβολιασμοί κατά της εποχικής γρίπης προσφέρονται δωρεάν σε όλους στην Ελλάδα και η χρήση στα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω αυξάνεται από το 2009. Χάρη στην προώθηση και τις προσπάθειες της κυβέρνησης για την εξασφάλιση περισσότερων από 4 εκατομμυρίων δόσεων το 2020, το ποσοστό κάλυψης στους ηλικιωμένους εκτινάχτηκε στο 74 %,

Σχήμα 11. Η θνησιμότητα από προλαμβανόμενες και θεραπεύσιμες αιτίες στην Ελλάδα παρέμεινε κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ

Ποσοστό ανά 100 000 κατοίκους



Προλαμβανόμενες αιτίες θνησιμότητας



Θεραπεύσιμες αιτίες θνησιμότητας



Ελλάδα

Σημειώσεις: Ως προλαμβανόμενη θνησιμότητα ορίζεται ο θάνατος που μπορεί να αποτραπεί κυρίως μέσω παρεμβάσεων δημόσιας υγείας και πρωτογενούς πρόληψης. Ως θεραπεύσιμη (ή αποτρεπτή) θνησιμότητα ορίζεται ο θάνατος που μπορεί να αποτραπεί κυρίως μέσω παρεμβάσεων υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων του προσυμπτωματικού ελέγχου και της αγωγής. Και οι δύο δείκτες αναφέρονται στην πρόωρη θνησιμότητα (κάτω των 75 ετών). Οι καταγραφές αποδίδουν το ήμισυ όλων των θανάτων από ορισμένες νόσους (π.χ. ισχαιμική καρδιοπάθεια, εγκεφαλικό επεισόδιο, διαβήτης και υπέρταση) σε αιτίες προλαμβανόμενης θνησιμότητας και το υπόλοιπο ήμισυ σε θεραπεύσιμα αίτια, επομένως δεν υπάρχει διπλή καταμέτρηση του ίδιου θανάτου.

Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat (τα στοιχεία αφορούν το 2020).

επιτυγχάνοντας σχεδόν τον στόχο του 75 % που συνιστά ο ΠΟΥ, και υπερβαίνοντας κατά πολύ τον μέσο όρο της ΕΕ (44 %) για το εν λόγω έτος. Ωστόσο, η δυναμική αυτή δεν συνεχίστηκε, καθώς μόνο το 65 % αυτής της πληθυσμιακής ομάδας επέλεξε να λάβει εμβόλιο κατά της γρίπης το 2021 — παρότι το ποσοστό αυτό είναι υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (51 %). Στους πιθανούς λόγους μπορεί να περιλαμβάνεται ότι οι ηλικιωμένοι πολίτες επικεντρώθηκαν στη σειρά εμβολιασμών κατά της νόσου COVID-19 το 2021, ενώ η γρίπη θεωρείται λιγότερο ανησυχητική. Πράγματι, τα στοιχεία δείχνουν ότι η μετάδοση της γρίπης σε ορισμένες ομάδες, όπως τα παιδιά και οι έφηβοι, μειώθηκε κατά τα έτη της πανδημίας λόγω των μέτρων μετριασμού, όπως η κοινωνική αποστασιοποίηση, η χρήση μάσκας προσώπου και ο περιορισμός της κυκλοφορίας (Ktena et al., 2022).

Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με τον εμβολιασμό κατά του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV), αλλά εκτιμήσεις που βασίζονται σε ανάλυση των

συνταγογραφούμενων εμβολίων κατά του ιού HPV την περίοδο 2017-2021 εμφανίζουν έναν μέσο όρο 55 % για τα κορίτσια ηλικίας 11-18 ετών και 44 % για το υποσύνολο ηλικίας 11-14 ετών — κάτω από τον στόχο του ΠΟΥ για το 90 % των κοριτσιών ηλικίας έως 15 ετών έως το 2030. Επί του παρόντος, το εμβόλιο κατά του ιού HPV αποζημιώνεται για αγόρια και κορίτσια ηλικίας 9-18 ετών, αλλά από το 2024 θα αποζημιώνεται μόνο για τα άτομα ηλικίας 9-15 ετών. Το κόστος του εμβολίου, εάν καταβληθεί από ιδιωτικές πληρωμές, είναι υψηλό: μεταξύ 215 EUR και 450 EUR για όλες τις δόσεις, ανάλογα με το είδος (OECD, 2023).

Η ισχαιμική καρδιοπάθεια και το εγκεφαλικό επεισόδιο αποτελούν τις κυριότερες αιτίες θνησιμότητας από θεραπεύσιμες αιτίες

Η θνησιμότητα από θεραπεύσιμες αιτίες (92 ανά 100 000 κατοίκους το 2020) είναι πλέον ίση με τον μέσο όρο της ΕΕ μετά τις διακυμάνσεις της τελευταίας δεκαετίας. Το ποσοστό βρίσκεται σε μικρή πτωτική τάση από το 2015 και συνέχισε

την ίδια πορεία κατά το πρώτο έτος της πανδημίας. Λίγο περισσότερο από το ένα τρίτο των θανάτων από θεραπεύσιμες αιτίες, οι οποίοι θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί με έγκαιρες και αποτελεσματικές παρεμβάσεις υγειονομικής περίθαλψης, οφείλονταν σε ισχαιμικές καρδιοπάθειες (24 %) και εγκεφαλικά επεισόδια (11 %)· αυτό αντικατοπτρίζει εν μέρει τις ανεπάρκειες, αφενός, σε επίπεδο διάγνωσης και αγωγής όσον αφορά τους ασθενείς που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων και, αφετέρου, σε επίπεδο διαχείρισης των ασθενών με ισχαιμική καρδιοπάθεια. Ο ορθοκολικός καρκίνος (11 %) και ο καρκίνος του μαστού (10 %) αποτελούν επίσης βασικούς παράγοντες θνησιμότητας, τονίζοντας τη σημασία της βελτίωσης της έγκαιρης ανίχνευσης μέσω του προσυμπτωματικού ελέγχου και της έγκαιρης θεραπείας.

Τα ποσοστά προσυμπτωματικού ελέγχου για καρκίνο του μαστού και τραχήλου της μήτρας είναι γενικά υψηλά

Επί του παρόντος, η Ελλάδα δεν διαθέτει εθνική στρατηγική ή σχέδιο δράσης για τον καρκίνο· αυτό υπονομεύει την ικανότητα της χώρας να εφαρμόζει συστηματικά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου βάσει πληθυσμού, τα οποία επίσης απουσιάζουν. Στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2021-2025, το οποίο υιοθετεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση για τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών δημόσιας υγείας της Ελλάδας, επισημαίνεται η ανάγκη ανάπτυξης εθνικών προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και τον ορθοκολικό καρκίνο, παράλληλα με το πρόγραμμα βάσει πληθυσμού για τον καρκίνο του μαστού που θεσπίστηκε το 2018. Για άλλες μορφές καρκίνου, οι ρυθμίσεις προσυμπτωματικού ελέγχου είναι περιστασιακές και κατακερματισμένες, και εφαρμόζονται κυρίως στον ιδιωτικό τομέα.

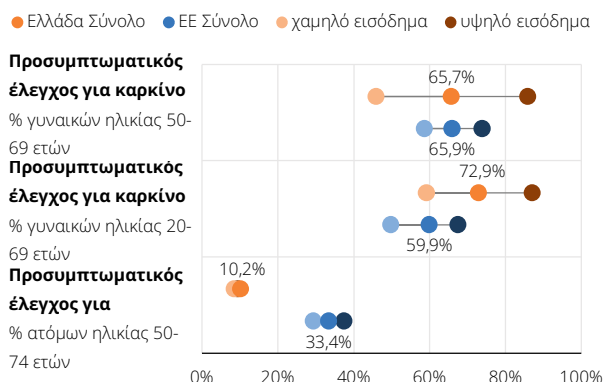
Ο αντίκτυπος της πανδημίας COVID-19 στα ποσοστά προσυμπτωματικού ελέγχου στην Ελλάδα δεν είναι ακόμα γνωστός, καθώς επί του παρόντος είναι διαθέσιμα μόνο τα στοιχεία για το 2019. Από στοιχεία έρευνας για το εν λόγω έτος προκύπτει ότι σε προσυμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο του μαστού υποβλήθηκε κατά τα δύο προηγούμενα έτη ποσοστό 66 % των γυναικών ηλικίας 50-69 ετών, το οποίο αυξήθηκε από 60 % που ήταν το 2014 και είναι υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ ο οποίος ανερχόταν σε 61 % το 2019. Όσον αφορά τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, το ποσοστό προσυμπτωματικού ελέγχου είναι επίσης υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ: το 2019 το 73 % των γυναικών ηλικίας 20-69 ετών ανέφερε ότι είχε υποβληθεί σε εξέταση τραχηλικού επιχρίσματος τους τελευταίους 24 μήνες, σε σύγκριση με 54 % σε ολόκληρη την ΕΕ το ίδιο έτος. Τα ποσοστά προσυμπτωματικού ελέγχου για ορθοκολικό καρκίνο είναι πολύ χαμηλότερα. Το 2019 μόλις το 10 % των ατόμων ηλικίας 50-74 ετών στην Ελλάδα ανέφερε ότι είχε υποβληθεί σε προσυμπτωματικό έλεγχο για ορθοκολικό καρκίνο τα τελευταία δύο έτη, σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ που ήταν 49 %.

Οι ανισότητες στα ποσοστά προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου σχετίζονται τόσο με το εισόδημα όσο και με τη μόρφωση

Τα ποσοστά προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου στην Ελλάδα ποικίλλουν ανάλογα με το επίπεδο εισοδήματος και μόρφωσης, όπως συμβαίνει στις περισσότερες άλλες χώρες της

ΕΕ. Γενικά, τα ανώτερα επίπεδα εισοδήματος και μόρφωσης συνδέονται με υψηλότερα ποσοστά προσυμπτωματικού ελέγχου. Η μεγαλύτερη διακύμανση στην Ελλάδα παρατηρείται στον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού, όπου το 86 % των γυναικών στο ανώτατο πεμπτημόριο εισοδήματος ανέφερε ότι υποβλήθηκε σε προσυμπτωματικό έλεγχο κατά την τελευταία διετία, σε σύγκριση με μόλις 46 % στο κατώτατο πεμπτημόριο εισοδήματος — διαφορά μεγαλύτερη από ό,τι στην ΕΕ συνολικά (74 % σε σύγκριση με 59 %) (σχήμα 12).

Σχήμα 12. Τα ποσοστά προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου είναι υψηλότερα στα άτομα με τα υψηλότερα εισοδήματα



Σημειώσεις: Ως χαμηλό εισόδημα νοείται ο πληθυσμός στο κατώτατο πεμπτημόριο εισοδήματος, ενώ ως υψηλό εισόδημα νοείται ο πληθυσμός στο ανώτατο πεμπτημόριο εισοδήματος. Τα ποσοστά αφορούν άτομα που αναφέρουν ότι έχουν υποβληθεί σε έλεγχο εντός της διετίας που προηγείται της έρευνας.

Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat (τα στοιχεία αφορούν το 2019).

Το εθνικό μητρώο καρκίνου θα συμβάλει στην αύξηση της αποτελεσματικότητας όσον αφορά την περίθαλψη των καρκινοπαθών

Στην Ελλάδα δεν συλλέγονται συστηματικά κοινοί διεθνώς συγκρίσιμοι δείκτες που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της ποιότητας της πρωτοβάθμιας και της νοσοκομειακής περίθαλψης, όπως οι νοσηλείες που θα μπορούσαν να αποφευχθούν και τα ποσοστά θνητότητας σε νοσοκομεία από έμφραγμα του μυοκαρδίου και εγκεφαλικό επεισόδιο. Ένα πειστικό ζήτημα που επηρεάζει τη δυνητική αποτελεσματικότητα και ποιότητα της περίθαλψης των καρκινοπαθών —συμπεριλαμβανομένης της διάγνωσης, της διερεύνησης θεραπευτικών επιλογών, των διαύλων πρόσβασης των ασθενών και της διασφάλισης της ποιότητας— είναι η έλλειψη ολοκληρωμένου εθνικού μητρώου καρκίνου στην Ελλάδα που να αναφέρει όλα τα κρούσματα καρκίνου και τις σχετικές κλινικές μεταβλητές. Τα σχέδια για την ανάπτυξη ενός τέτοιου μητρώου ανακοινώθηκαν το 2021 στο πλαίσιο ενός συνολικού Ολοκληρωμένου Συστήματος Φροντίδας Ογκολογικών-Αιματολογικών Ασθενών σύμφωνα με το χρηματοδοτούμενο από την ΕΕ σχέδιο ανάκαμψης και ανθεκτικότητας της Ελλάδας. Η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος φροντίδας ογκολογικών ασθενών βρίσκεται σε εξέλιξη: η επιστημονική ομάδα για το εθνικό μητρώο καρκίνου ξεκίνησε τις εργασίες της στις αρχές του 2023, ενώ βρίσκεται σε εξέλιξη η κατάρτιση και η πιστοποίηση των καταχωρητών που θα στηρίζουν τα ψηφιακά συστήματα (Iatronet, 2023).

5.2 Προσβασιμότητα

Οι μη ικανοποιούμενες ανάγκες για ιατρική περίθαλψη παραμένουν από τις υψηλότερες στην ΕΕ

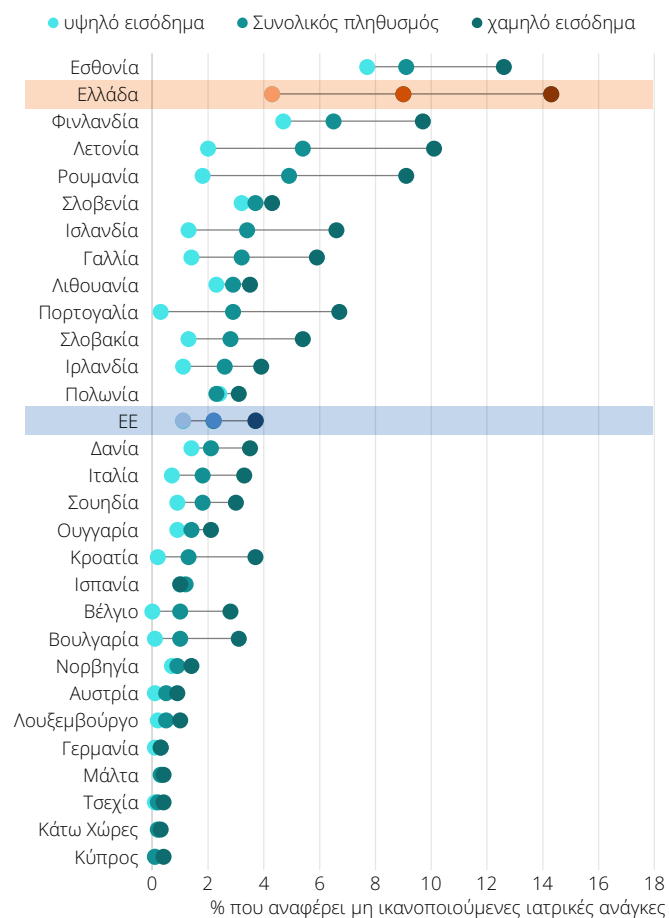
Παρά τη σταθερή μείωση από το 2016, το ποσοστό των μη ικανοποιούμενων αναγκών για ιατρική περίθαλψη λόγω κόστους, απόστασης που πρέπει να διανυθεί ή χρόνου αναμονής στην Ελλάδα παραμένει σταθερά πολύ πάνω από τον μέσο όρο της ΕΕ, κατά δήλωση των ίδιων των ατόμων. Σύμφωνα με την έρευνας στατιστικής της ΕΕ για το Εισόδημα και τις Συνθήκες Διαβίωσης (EU-SILC), το 2022 το ποσοστό αυτό ήταν το δεύτερο υψηλότερο μεταξύ των κρατών μελών, ανερχόμενο σε 9,0 % σε σύγκριση με 2,2 % σε ολόκληρη την ΕΕ (σχήμα 13). Παρότι στις μισές περίπου χώρες της ΕΕ σημειώθηκε αύξηση του ποσοστού των αναφερόμενων μη ικανοποιούμενων αναγκών μεταξύ του 2021 και του 2022, η Ελλάδα σημείωσε τη μεγαλύτερη αύξηση, κατά 2,6 εκατοστιαίες μονάδες· η μέση συνολική αύξηση σε ολόκληρη την ΕΕ ανήλθε σε 0,2 %. Οι ελληνικές περιφέρειες, και ειδικότερα εκείνες με απομακρυσμένες και νησιωτικές περιοχές, αντιμετωπίζουν σημαντικές προκλήσεις όσον αφορά τη χαμηλή προσβασιμότητα στην υγειονομική περίθαλψη εντός των κοινοτήτων τους. Επιπλέον, πολύ υψηλότερο επίπεδο μη ικανοποιούμενων αναγκών αναφέρθηκε σε νοικοκυριά χαμηλού εισοδήματος (14,3 %) απ' ό,τι σε ομάδες υψηλού εισοδήματος (4,3 %). Το κόστος ήταν ο κύριος παράγοντας των μη ικανοποιούμενων αναγκών, όπως ανέφερε το 8,8 % των ερωτηθέντων —το οποίο είναι μακράν το υψηλότερο ποσοστό μη ικανοποιούμενων αναγκών λόγω κόστους στην ΕΕ, όπου ο μέσος όρος το 2022 ήταν 1,1 %.

Σε ξεχωριστό σύνολο ερευνών του Eurofound² διαπιστώθηκαν επίσης υψηλά ποσοστά μη ικανοποιούμενων αναγκών για υγειονομική περίθαλψη κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Την άνοιξη του 2021 το 19 % του ελληνικού πληθυσμού ανέφερε ότι παραμέλησε μια αναγκαία ιατρική εξέταση ή θεραπεία, σε σύγκριση με το 17 % σε ολόκληρη την ΕΕ. Το ποσοστό στην Ελλάδα μειώθηκε στο 16 % ένα έτος αργότερα (άνοιξη του 2022), όταν ο μέσος όρος της ΕΕ ήταν 18 % (Eurofound, 2022).

Η τυποποιημένη δέσμη παροχών είναι αρκετά πλήρης, αλλά άλλοι φραγμοί ενδέχεται να παρεμποδίζουν την προσβασιμότητα

Η ευρεία δέσμη υπηρεσιών που χρηματοδοτούνται από τον ΕΟΠΥΥ καταγράφεται ρητά και καλύπτει την πρόληψη, την πρωτοβάθμια και εξωνοσοκομειακή υγειονομική περίθαλψη, τη νοσοκομειακή περίθαλψη και τις διαγνωστικές εξετάσεις και διαδικασίες. Παρότι οι πολίτες έχουν πρόσβαση σε ευρύ φάσμα παροχών που χρηματοδοτούνται από το δημόσιο, η δωρεάν δημόσια οδοντιατρική κάλυψη περιορίζεται σε υπηρεσίες για παιδιά έως 18 ετών και σε περιπτώσεις επείγουσας περίθαλψης για όλες τις ηλικίες. Παρά ταύτα, η έλλειψη επιχειρησιακών συμβάσεων μεταξύ του ασφαλιστικού ταμείου και των ιδιωτών οδοντιάτρων, καθώς και το περιορισμένο προσωπικό και η περιορισμένη δυναμικότητα των κέντρων υγείας, συνεπάγονται στην πράξη ότι όλες οι οδοντιατρικές υπηρεσίες πρέπει να πληρώνονται με ιδιωτικές δαπάνες.

Σχήμα 13. Υπάρχει μεγάλη διαφορά στις μη ικανοποιούμενες ανάγκες για ιατρική περίθαλψη μεταξύ των ομάδων χαμηλού και υψηλού εισοδήματος στην Ελλάδα



Σημειώσεις: Τα στοιχεία αναφέρονται σε μη ικανοποιούμενες ανάγκες για ιατρική εξέταση ή αγωγή λόγω κόστους, απόστασης που πρέπει να διανυθεί ή χρόνου αναμονής. Κατά τη σύγκριση των στοιχείων μεταξύ χωρών απαιτείται προσοχή, καθώς υπάρχουν ορισμένες διαφοροποιήσεις στο ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε.

Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat, βάσει των στατιστικών της ΕΕ για το Εισόδημα και τις Συνθήκες Διαβίωσης (EU-SILC) (τα στοιχεία αφορούν το 2022, με εξαίρεση τη Νορβηγία για την οποία αφορούν το 2020 και την Ισλανδία για την οποία αφορούν το 2018).

Άλλα πιθανά εμπόδια στην πρόσβαση είναι τα μηνιαία όρια όσον αφορά τον αριθμό των ιατρικών επισκέψεων σε παθολόγους που αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ, των παραπεμπτικών για διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις και των συνταγογραφήσεων (όριο δαπάνης) που χορηγούνται από ιατρούς που δεν είναι εγγεγραμμένοι ως προσωπικοί ιατροί στο πλαίσιο του νέου συστήματος παραπομπής στους ειδικούς ιατρούς μέσω του γενικού-οικογενειακού ιατρού (gatekeeping) (βλ. ενότητα 5.3) και από ειδικευμένους ιατρούς· αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα ορισμένοι ασθενείς να καθυστερήσουν την περίθαλψη, να αναζητήσουν εναλλακτικό δημόσιο πάροχο ή να πληρώσουν με ίδιες δαπάνες για ιδιωτική επίσκεψη.

Οι άμεσες ιδιωτικές πληρωμές αντιστοιχούν στο ένα τρίτο του συνόλου των δαπανών για την υγεία

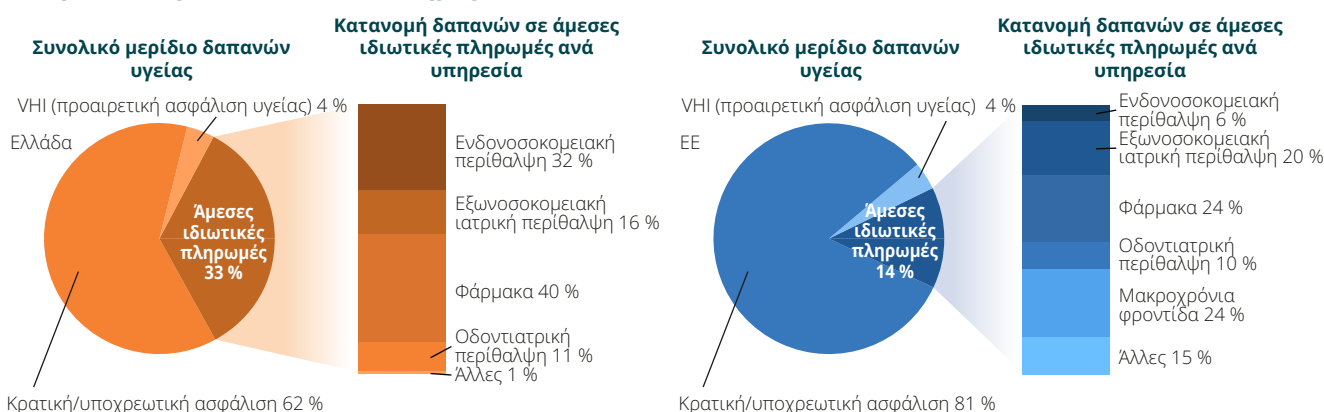
Οι άμεσες ιδιωτικές πληρωμές στην Ελλάδα είναι από τις υψηλότερες στην ΕΕ και, με ποσοστό 33 % των δαπανών

² Τα στοιχεία από την έρευνα του Eurofound δεν είναι συγκρίσιμα με τα στοιχεία της έρευνας της ΕΕ για το Εισόδημα και τις Συνθήκες Διαβίωσης (EU-SILC) λόγω των διαφορών στις μεθοδολογίες.

για την υγεία το 2021 ήταν υπερδιπλάσιες από τον μέσο όρο της ΕΕ (15 %) (σχήμα 14). Μολονότι για διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις, εξωνοσοκομειακά φάρμακα και επισκέψεις σε ιδιωτικούς παρόχους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ χρεώνονται ορισμένες συμμετοχές, το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών πληρωμών αφορά άμεσες πληρωμές. Τα φαρμακευτικά προϊόντα και η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη είναι οι κύριοι παράγοντες αυτών των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών, καθένας από τους οποίους αντιπροσωπεύει πολύ υψηλότερα ποσοστά από ό,τι στην ΕΕ συνολικά. Οι δαπάνες

για επισκέψεις σε ιδιώτες (εξωνοσοκομειακούς) ειδικευμένους ιατρούς είναι επίσης σημαντικές. Δεδομένης της έλλειψης δημόσιας κάλυψης, το σχετικά χαμηλό ποσοστό άμεσων ιδιωτικών πληρωμών για οδοντιατρικές υπηρεσίες μπορεί κάλλιστα να αντικατοπτρίζει έναν σημαντικό μερίδιο υπηρεσιών φροντίδας που παραμελήθηκαν: το 2021 η Ελλάδα είχε το τρίτο υψηλότερο ποσοστό μη ικανοποιούμενων αναγκών για οδοντιατρική περίθαλψη (7,8 %) στην ΕΕ, το οποίο αυξήθηκε στο 12,1 % (το υψηλότερο) το 2022.

Σχήμα 14. Τα φαρμακευτικά προϊόντα και η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη αντιπροσωπεύουν σχεδόν τα τρία τέταρτα των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών



Σημειώσεις: VHI = προαιρετική ασφάλιση υγείας, η οποία περιλαμβάνει και άλλα συστήματα προαιρετικής προκαταβολής εισφορών. Ο μέσος όρος της ΕΕ είναι σταθμισμένος.

Πηγές: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την υγεία 2023, βάση δεδομένων της Eurostat (τα στοιχεία αφορούν το 2021).

Σχετικά μεγάλο ποσοστό των ελληνικών νοικοκυριών αντιμετωπίζει καταστροφικά επίπεδα δαπανών για την υγεία

Η μεγάλη εξάρτηση από τις άμεσες ιδιωτικές πληρωμές για ιατρικές δαπάνες σημαίνει επίσης ότι μεγάλο ποσοστό των ελληνικών νοικοκυριών αντιμετωπίζει καταστροφικές δαπάνες για την υγεία³. Το ποσοστό αυτό ανήλθε σε 10,6 % το 2020, ποσοστό υψηλότερο από τον μέσο όρο των 24 χωρών της ΕΕ (6,8 %) για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία. Επιπλέον, πολύ πάνω από το ήμισυ του συνόλου των καταστροφικών δαπανών στην Ελλάδα συγκεντρώνεται στο φτωχότερο 20 % των νοικοκυριών.

Η μερική απασχόληση και η διπλή απασχόληση χρησιμοποιούνται ως λύση για τις ελλείψεις ιατρών σε δημόσιες εγκαταστάσεις

Παρά τον υψηλό αριθμό ιατρών, βασική πρόκληση στην Ελλάδα είναι η έλλειψη υγειονομικού προσωπικού για τη στελέχωση των δημόσιων δομών, συμπεριλαμβανομένων των τοπικών μονάδων και κέντρων υγείας που αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο των υπό εξέλιξη μεταρρυθμίσεων που αποσκοπούν στην ενίσχυση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (βλ. ενότητα 5.3). Τον Δεκέμβριο του 2022 η κυβέρνηση θέσπισε νέα μέτρα για τη μετατροπή ορισμένων υφιστάμενων θέσεων που είναι μονίμως δύσκολο να καλυφθούν εντός δημόσιων νοσοκομείων και κέντρων πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε θέσεις μερικής απασχόλησης, οι οποίες ανανεώνονται ανά τριετία. Οι ιατροί που αναλαμβάνουν τις θέσεις αυτές έχουν την ιδιότητα ιδιώτη ιατρού συμβεβλημένου με το ΕΣΥ και θα έχουν τη δυνατότητα

να εργάζονται σε ιδιωτικό ιατρείο για το υπόλοιπο χρονικό διάστημα. Επιπλέον, υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις, οι ιατροί πλήρους απασχόλησης που εργάζονται σε νοσοκομεία του ΕΣΥ θα έχουν επίσης τη δυνατότητα να λειτουργούν δικό τους ιδιωτικό ιατρείο ή να παρέχουν υπηρεσίες βάσει σύμβασης με ιδιωτικούς παρόχους. Τα μέτρα είναι αμφιλεγόμενα και δεν έχουν τη στήριξη των συνδικαλιστικών οργανώσεων ιατρών, οι οποίες υποστηρίζουν ότι υπονομεύουν την ισότητα των συνθηκών απασχόλησης των ιατρών του ΕΣΥ και αποδυναμώνουν τη δημόσια παροχή υπηρεσιών.

Το ποσοστό της τηλεσυμβουλευτικής αυξήθηκε κατά τη διάρκεια της πανδημίας

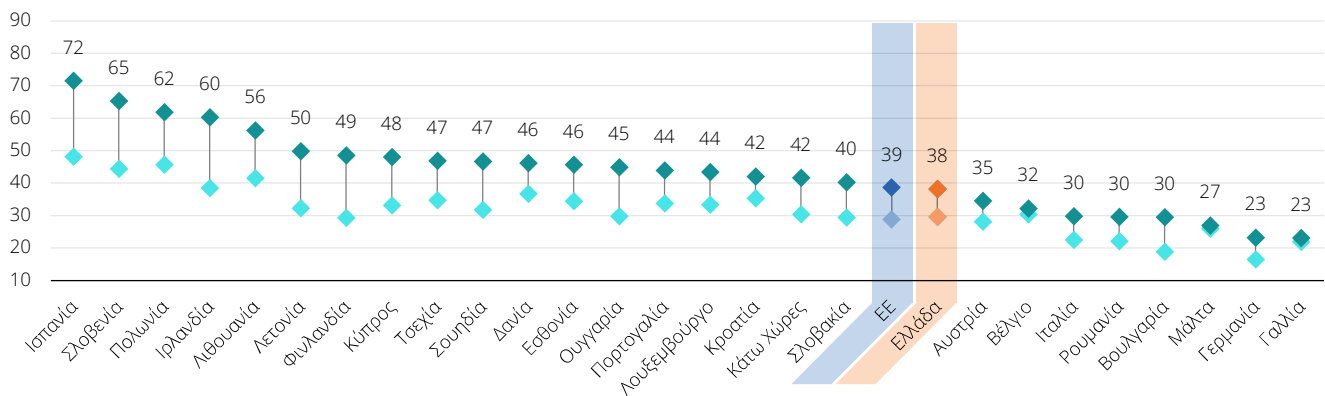
Η Ελλάδα διαθέτει Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής (γνωστό ως ΕΔΙΤ), ένα πρόγραμμα που αποσκοπεί στη βελτίωση της προσβασιμότητας σε υπηρεσίες υγείας στα διάσπαρτα νησιά της χώρας και σε απομακρυσμένες και υποεξυπηρετούμενες περιοχές. Το 2021 η κυβέρνηση ανακοίνωσε την επέκταση της δυναμικότητας του ΕΔΙΤ σε εθνικό επίπεδο, με στόχο την προσθήκη 340 νέων σταθμών τηλεϊατρικής και 3 000 νέων σταθμών εργασίας για την κατ' οίκον φροντίδα ευάλωτων ατόμων. Γενικά, η εκτεταμένη χρήση της τηλεϊατρικής ήταν εμφανής στη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Μια έρευνα του Eurofound επισημαίνει ότι, όπως και με τους μέσους όρους της ΕΕ, το ποσοστό των ατόμων στην Ελλάδα που ανέφεραν ότι είχαν λάβει εξ αποστάσεως παροχή ιατρικών συμβουλών από την αρχή της πανδημίας —είτε διαδικτυακά είτε τηλεφωνικά— αυξήθηκε από 30 % τον Ιούνιο/Ιούλιο του 2020 σε 38 % τον Φεβρουάριο/Μάρτιο του 2021 (σχήμα 15).

3 Ως καταστροφικές δαπάνες ορίζονται οι άμεσες ιδιωτικές πληρωμές του νοικοκυριού οι οποίες υπερβαίνουν το 40 % των συνολικών δαπανών του, αφού αφαιρεθούν οι δαπάνες κάλυψης βασικών αναγκών (δηλ. διατροφή, στέγαση και υπηρεσίες κοινής ωφέλειας).

Σχήμα 15. Η τηλεσυμβουλευτική διευκόλυνε την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας

% ενηλίκων που έλαβε ιατρικές συμβουλές εξ αποστάσεως από την έναρξη της πανδημίας

■ Ιούνιος/Ιούλιος 2020 ■ Ιανουάριος/Μάρτιος 2021



Σημειώσεις: Ο μέσος όρος της ΕΕ είναι σταθμισμένος. Χαμηλή αξιοπιστία για τα στοιχεία του 2021 από την Κύπρο, τη Λετονία και τη Μάλτα, καθώς και για τα στοιχεία του 2021 και του 2020 από το Λουξεμβούργο λόγω του μικρού μεγέθους των δειγμάτων.

Πηγή: Eurofound (2022).

5.3 Ανθεκτικότητα

Η πανδημία COVID-19 αποδείχθηκε η σημαντικότερη διαταραχή των συστημάτων υγείας τις τελευταίες δεκαετίες. Επισήμανε τα τρωτά σημεία και τις προκλήσεις στο πλαίσιο των στρατηγικών ετοιμότητας έκτακτης ανάγκης των χωρών και στην ικανότητά τους να παρέχουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στους πληθυσμούς τους. Για την αντιμετώπιση των διαρκών επιπτώσεων της πανδημίας —καθώς και άλλων πρόσφατων κρίσεων, όπως οι πιέσεις στο κόστος διαβίωσης και ο αντίκτυπος συγκρούσεων όπως ο πόλεμος κατά της Ουκρανίας— οι χώρες εφαρμόζουν πολιτικές για τον μετριασμό των συνεχιζόμενων επιπτώσεων στην παροχή υπηρεσιών, επενδύουν στην ανάκαμψη και την ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας⁴, βελτιώνουν κρίσιμους τομείς του κλάδου της υγείας και ενισχύουν την ετοιμότητά τους για μελλοντικούς κλυδωνισμούς.

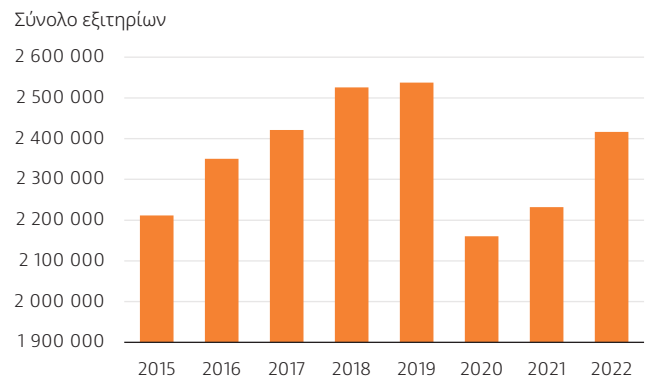
Η νοσοκομειακή δραστηριότητα επιβραδύνθηκε κατά τη διάρκεια της πανδημίας

Πριν από τη νόσο COVID-19, δείκτες όπως ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών, τα εξιτήρια από νοσοκομεία και τα ποσοστά πληρότητας στην Ελλάδα, ήταν σημαντικά χαμηλότεροι από τους μέσους όρους της ΕΕ, αλλά οι εκτιμήσεις δείχνουν ότι η Ελλάδα ήταν σε θέση να διατηρήσει την ικανότητα νοσοκομειακής περίθαλψης καθ' όλη τη διάρκεια της πανδημίας. Ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών παρέμεινε σχετικά σταθερός στις 4,2 κλίνες ανά 1 000 άτομα, με ελαφρά αύξηση της δυναμικότητας κατά την περίοδο 2020-2021, φθάνοντας τις 4,3 ανά 1 000 κατοίκους.

Από εθνικά στοιχεία που συγκέντρωσε το Υπουργείο Υγείας προκύπτει ότι το σύνολο των εξιτηρίων από νοσοκομεία μειώθηκε κατά 14 % μεταξύ του 2019 και του 2020, αλλά στη συνέχεια σημείωσε εκ νέου αύξηση (σχήμα 16). Άλλα στοιχεία του Υπουργείου καταδεικνύουν ότι η νοσοκομειακή χειρουργική δραστηριότητα μειώθηκε κατά 42 % περίπου την περίοδο Ιανουαρίου-Νοεμβρίου 2020 σε σύγκριση με τον μέσο όρο της

ίδιας περιόδου των ετών 2017-2019 (Υπουργείο Υγείας, 2023α). Για τη μείωση της συσσώρευσης ασθενών και της αύξησης του χρόνου αναμονής για προγραμματισμένη περίθαλψη που προκάλεσε η διαταραχή κατά τη διάρκεια της πανδημίας, η Ελλάδα έχει λάβει σειρά μέτρων. Οι πολιτικές αυτές επικεντρώνονται στη βελτίωση της χρήσης της υφιστάμενης ικανότητας παροχής υπηρεσιών, στην επέκταση του προσωπικού στον τομέα της υγείας και στη συμμετοχή πρόσθετων παρόχων —μεταξύ άλλων από τον ιδιωτικό τομέα— καθώς και στην αύξηση της χρήσης της τηλεσυμβουλευτικής (βλ. ενότητα 5.2).

Σχήμα 16. Μετά τη σημαντική μείωση του αριθμού των νοσηλείων το 2020, σημειώθηκε άνοδος τα επόμενα έτη



Πηγή: Υπουργείο Υγείας (2023β).

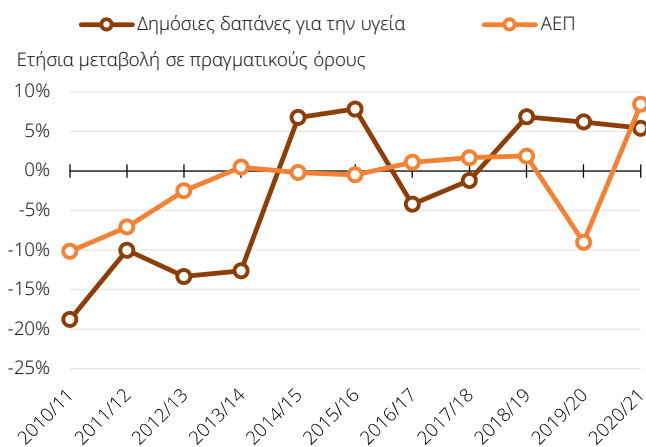
Οι κρατικές δαπάνες για την υγεία παρουσίασαν διακυμάνσεις μετά την κρίση δημόσιου χρέους, αλλά αυξήθηκαν πριν από την πανδημία

Στο πλαίσιο της δραστηκής μείωσης του ΑΕΠ από την έναρξη της κρίσης δημόσιου χρέους στην Ελλάδα που ξεκίνησε το 2009, οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν σημαντικά τα επόμενα έτη. Μετά τις δύο περιόδους (2014/2015 και 2015/2016)

⁴ Στο πλαίσιο αυτό, ως ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας ορίστηκε η ικανότητά του να προετοιμάζεται, να διαχειρίζεται (να απορροφά, να προσαρμόζεται και να μετασχηματίζεται) και να αντλεί διδάγματα από κλυδωνισμούς (EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment, 2020).

αύξησης των δαπανών για την υγεία από δημόσιες πηγές ακολούθησαν περαιτέρω μειώσεις, με το ΑΕΠ να αυξάνεται μόνο οριακά. Από την περίοδο 2018/2019, οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα διατήρησαν θετικό ρυθμό ανάπτυξης, συνηχίζοντας καθ' όλη τη διάρκεια του 2020 και του 2021, καθώς η χώρα αύξησε τους πόρους για την αντιμετώπιση της πανδημίας COVID-19. Η διατήρηση των δημόσιων δαπανών σημειώθηκε παρά τη σημαντική μείωση του ΑΕΠ (κατά 9 %) κατά το πρώτο έτος της πανδημίας το 2020, σε σύγκριση με το προηγούμενο έτος (σχήμα 17).

Σχήμα 17. Η αύξηση των δημόσιων δαπανών για την υγεία διατηρήθηκε καθ' όλη τη διάρκεια της πανδημίας



Πηγή: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την υγεία 2023.

Το σχέδιο ανάκαμψης και ανθεκτικότητας της Ελλάδας αποσκοπεί στην ενίσχυση των επενδύσεων στον τομέα της υγείας τα επόμενα έτη

Το σχέδιο ανάκαμψης και ανθεκτικότητας της Ελλάδας, ύψους 30,5 δισ. EUR, αντιπροσωπεύει το 17 % του συνολικού ΑΕΠ. Από τα κονδύλια αυτά, η χώρα προτίθεται να διαθέσει 1,5 δισ. EUR (4,8 %) σε επενδύσεις στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης — που προορίζονται σε μεγάλο βαθμό για την ανακαίνιση και την αναβάθμιση των δημόσιων νοσοκομείων (317 εκατ. EUR), τον ψηφιακό μετασχηματισμό των υπηρεσιών υγείας (278 εκατ. EUR) και τα μέτρα στο πλαίσιο της εθνικής στρατηγικής πρόληψης στον τομέα της δημόσιας υγείας «Σπύρος Δοξιάδης» (254 εκατ. EUR). Άλλοι τομείς επενδύσεων περιλαμβάνουν τον εκσυγχρονισμό των υποδομών πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης (272 εκατ. EUR), τον εξορθολογισμό των φαρμακευτικών δαπανών (250 εκατ. EUR) και τη μεταρρύθμιση των τομέων της ψυχικής υγείας και του εθισμού (54,5 εκατ. EUR), ώστε να διασφαλιστεί η πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας (σχήμα 18). Οι επενδύσεις αποσκοπούν στην αντιμετώπιση ορισμένων από τις μακροχρόνιες προκλήσεις του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης που επιδεινώθηκαν από την πανδημία COVID-19, με γενικές προτεραιότητες για τη βελτίωση της ανθεκτικότητας, της προσβασιμότητας και της βιωσιμότητας της υγειονομικής περίθαλψης.

Οι επενδύσεις αυτές θα συμπληρωθούν με την ανάπτυξη προγραμμάτων στο πλαίσιο της πολιτικής συνοχής της ΕΕ για την περίοδο 2021-2027, η οποία διαθέτει 739 εκατ. EUR για το σύστημα υγείας, εκ των οποίων το 77 % συγχρηματοδοτείται από την ΕΕ⁵. Περίπου 416 εκατ. EUR προορίζονται στο πλαίσιο του Ευρωπαϊκού Ταμείου Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΕΤΠΑ) για υποδομές, εξοπλισμό και υπηρεσίες ηλεκτρονικής υγείας του ΕΣΥ και στις 13 περιφέρειες, με ιδιαίτερη έμφαση στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη. Επιπλέον, 323 εκατ. EUR από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο+ (ΕΚΤ+) διατίθενται σε μέτρα για τη βελτίωση της προσβασιμότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, με ιδιαίτερη έμφαση στις περιθωριοποιημένες κοινότητες, τις ευάλωτες ομάδες και τα παιδιά.

Η μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης περιλαμβάνει ένα νέο σύστημα παραπομπής στους ειδικούς ιατρούς μέσω του γενικού-οικογενειακού ιατρού, μέτρα για την ολοκληρωμένη περίθαλψη και την κατάρτιση σε ψηφιακές δεξιότητες

Τον Μάιο του 2022 ένας νέος νόμος με στόχο την ισότιμη και υψηλής ποιότητας πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης που αποζημιώνονται από το δημόσιο ορίζει ότι όλοι οι ενήλικες υποχρεούνται να εγγράφονται σε προσωπικό ιατρό της επιλογής τους, ο οποίος θα τους καθοδηγεί μέσω του ΕΣΥ και θα λειτουργεί ως πλοηγός της πρόσβασης σε άλλες υπηρεσίες υγείας. Οι ενήλικες που δεν είχαν εγγραφεί στην υπηρεσία αυτή έως την 1η Οκτωβρίου 2022 υποχρεούνται να καταβάλλουν επιπλέον ποσοστό συμμετοχής 10 % για συνταγογραφούμενα φάρμακα, διαγνωστικές εξετάσεις και διαδικασίες, καθώς και για θεραπείες σε συμβεβλημένη ιδιωτική ιατρική κλινική και για όλες τις άλλες υπηρεσίες που παρείχε ο ΕΟΠΥΥ. Το τέλος αυτό αυξήθηκε κατά 10 % επιπλέον την 1η Ιανουαρίου 2023 για όσους δεν είχαν εγγραφεί μέχρι τότε. Έως το τέλος Ιουνίου 2023, 4,9 εκατομμύρια άτομα (55 % του επιλέξιμου πληθυσμού) είχαν εγγραφεί σε προσωπικό ιατρό. Ωστόσο, ο αριθμός των ιατρών στις δημόσιες μονάδες δεν ήταν επαρκής για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού και μέχρι σήμερα οι ιδιώτες ιατροί δεν έχουν υπογράψει συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ σε επαρκή αριθμό ώστε να καλυφθεί το κενό.

Στο πλαίσιο του σχεδίου ανάκαμψης και ανθεκτικότητας της χώρας, η μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης αποσκοπεί στην ανανέωση των κτιριακών υποδομών των κέντρων πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης και άλλων σημείων εξυπηρέτησης, καθώς και στην αναβάθμιση του οικείου ιατρικού εξοπλισμού. Δίνει προτεραιότητα στην προώθηση της ολοκλήρωσης της υγειονομικής περίθαλψης με τη θέσπιση ενός πλαισίου διαχείρισης για τις χρόνιες παθήσεις και την ανακουφιστική και παρηγορητική φροντίδα εντός των μονάδων πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. Ένα άλλο σημείο στο οποίο εστιάζει η μεταρρύθμιση είναι η επανεκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε εκσυγχρονισμένες πρακτικές μέσω ενός πλαισίου μάθησης και ανάπτυξης και ενός προγράμματος κατάρτισης για τις δεξιότητες ψηφιακής υγείας του ιατρικού προσωπικού.

5 Τα εν λόγω αριθμητικά στοιχεία για την πολιτική συνοχής της ΕΕ αντικατοπτρίζουν την κατάσταση του Σεπτεμβρίου του 2023.

Σχήμα 18. Το σχέδιο ανάκαμψης και ανθεκτικότητας της Ελλάδας δίνει προτεραιότητα στις επενδύσεις σε υποδομές, στον ψηφιακό μετασχηματισμό και στην πρόληψη



Σημειώσεις: Τα στοιχεία αυτά αναφέρονται στο αρχικό σχέδιο ανάκαμψης και ανθεκτικότητας. Η υπό εξέλιξη αναθεώρηση του σχεδίου ενδέχεται να επηρεάσει το μέγεθος και τη σύνθεσή του. Ορισμένα στοιχεία έχουν ομαδοποιηθεί για να βελτιωθεί η αναγνωσιμότητα του γραφήματος.

Πηγή: Ευρωπαϊκή Επιτροπή — Πίνακας αποτελεσμάτων για την ανάκαμψη και την ανθεκτικότητα.

Το σχέδιο ανάκαμψης και ανθεκτικότητας καθοδηγεί τον ψηφιακό μετασχηματισμό στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης

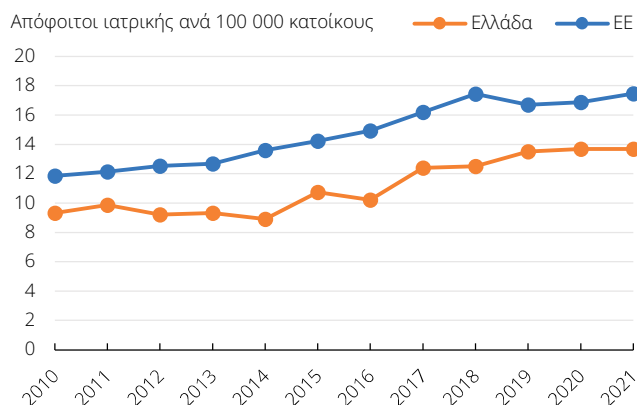
Ο ψηφιακός μετασχηματισμός του τομέα της υγείας αποτελεί άλλη μία προτεραιότητα στην Ελλάδα και περιλαμβάνει την επέκταση των υπηρεσιών τηλεϊατρικής (βλ. ενότητα 5.2). Η χρηματοδότηση του σχεδίου ανάκαμψης και ανθεκτικότητας επενδύεται για την ευρεία εισαγωγή εθνικού ηλεκτρονικού φακέλου υγείας σε ολόκληρη τη χώρα, την ανάπτυξη εθνικής ψηφιακής υποδομής για τη στήριξη των ογκολογικών ασθενών και τη βελτίωση της ψηφιακής ετοιμότητας των νοσοκομείων και του ψηφιακού μετασχηματισμού του ΕΟΠΥΥ. Επιπλέον, συμβάλλει στη δημιουργία υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης κατ' οίκον και υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας μέσω εφαρμογών τηλεϊατρικής ως εργαλείων παρακολούθησης για την υποστήριξη των ασθενών.

Οι ελλείψεις προσωπικού στον τομέα της υγείας αποτελούν βασικό παράγοντα περιορισμού της δυναμικότητας, και οι προσπάθειες πολιτικής επικεντρώνονται στην αποζημίωση και την κατάρτιση των ιατρών

Ο αριθμός των αποφοίτων ιατρικής στην Ελλάδα ήταν σταθερά χαμηλότερος από τον μέσο όρο της ΕΕ τα τελευταία χρόνια. Το 2021 ανέρχονταν σε 13,7 απόφοιτους ανά 100 000 κατοίκους στην Ελλάδα, σε σύγκριση με 17,5 ανά 100 000 σε ολόκληρη την ΕΕ κατά μέσο όρο (σχήμα 19). Ο μικρός αριθμός αποφοίτων, σε συνδυασμό με τον υψηλό αριθμό ιατρών που μετανάστευσαν λόγω της οικονομικής κρίσης, έχει συμβάλει στη σημαντική έλλειψη ιατρών στο δημόσιο σύστημα. Το έλλειμμα αυτό

αντιμετωπίζεται με διάφορες πολιτικές, συμπεριλαμβανομένων των αυξήσεων των μισθών (από τον Δεκέμβριο του 2022) των ιατρών και οδοντιάτρων που εργάζονται στον δημόσιο τομέα. Το νέο ομοιογενές σύστημα αποζημίωσης για τους επαγγελματίες στον τομέα της υγείας αναμένεται να αυξήσει τον αριθμό των γενικών ιατρών στο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Άλλες πολιτικές εστιάζουν στην ενίσχυση της εκπαίδευσης των ιατρών με τη θέσπιση πιλοτικού προγράμματος για περιόδους προκαταρκτικής κλινικής κατάρτισης για την υποστήριξη των αποφοίτων ιατρικής ώστε να λαμβάνουν τεκμηριωμένες και στοχευμένες αποφάσεις όσον αφορά την επιλογή της ειδικότητάς τους, και με την εισαγωγή αλλαγών στην οργάνωση των τοποθετήσεων σε κλινικές για την κατάρτιση ειδικοτήτων. Για να ενθαρρυνθεί η κατάρτιση περισσότερων γενικών ιατρών, στο βασικό πρόγραμμα σπουδών προστίθεται η ενότητα για την οικογενειακή ιατρική και επεκτείνεται σε πάνω από το 75 % των πανεπιστημίων.

Σχήμα 19. Ο αριθμός των αποφοίτων ιατρικής αυξάνεται, αλλά παραμένει κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ



Σημείωση: Ο μέσος όρος της ΕΕ δεν είναι σταθμισμένος.

Πηγές: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την υγεία 2023, Βάση δεδομένων της Eurostat.

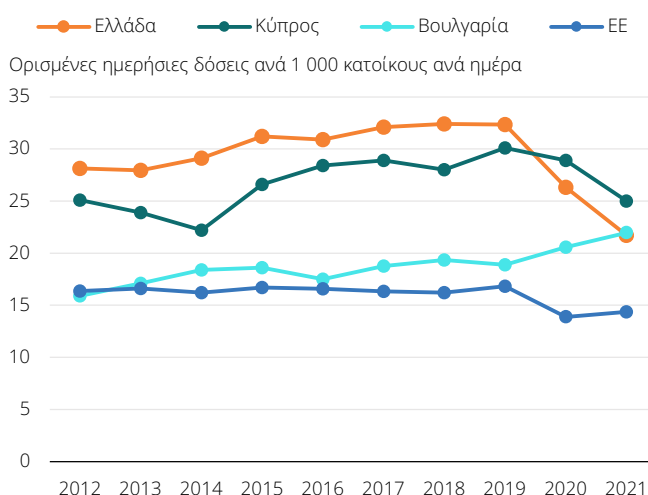
Η μικροβιακή αντοχή αποτελεί σημαντικό ζήτημα για την ικανότητα της Ελλάδας να αντιμετωπίζει αναδυόμενες απειλές για την υγεία

Η μικροβιακή αντοχή (ΜΑ) αποτελεί μείζον πρόβλημα για τη δημόσια υγεία στην ΕΕ, με εκτιμήσεις για περίπου 35 000 θανάτους στην ΕΕ / στον ΕΟΧ λόγω λοιμώξεων ανθεκτικών στα αντιβιοτικά (ECDC, 2022) και δαπάνες που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη ύψους 1,1 δισ. EUR περίπου ετησίως (OECD/ECDC, 2019). Δεδομένου ότι η υπέρμετρη συνταγογράφηση αντιβιοτικών και η υπερβολική χρήση τους στον άνθρωπο συμβάλλουν σημαντικά στην ανάπτυξη ανθεκτικών στα αντιβιοτικά βακτηρίων, τα στοιχεία για την κατανάλωση αντιβιοτικών αποτελούν χρήσιμο εργαλείο για την αξιολόγηση του κινδύνου της ΜΑ και της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων για την προώθηση της κατάλληλης χρήσης τους.

Η ΜΑ αποτελεί ζήτημα υψηλής προτεραιότητας, δεδομένου ειδικότερα ότι οι Έλληνες νοσοκομειακοί ασθενείς με βακτηριακές συγκαταλέγονται μεταξύ των υψηλότερων ποσοστών επιλεγμένων ανθεκτικών στα αντιβιοτικά βακτηρίων στην ΕΕ (ECDC & WHO Regional Office for Europe, 2023).

Η κατανάλωση αντιβιοτικών στην Ελλάδα ήταν επίσης από τις υψηλότερες στην ΕΕ το 2021. Η Ελλάδα αντιμετωπίζει το ζήτημα με την υλοποίηση του εθνικού σχεδίου δράσης κατά της μικροβιακής αντοχής στο πλαίσιο της προσέγγισης «Μία υγεία» για την περίοδο 2019-2023, το οποίο υιοθετεί ολοκληρωμένη προσέγγιση στους τομείς της ανθρώπινης υγείας, της υγείας των ζώων, των τροφίμων και της γεωργίας, καθώς και του περιβάλλοντος, για την αποτροπή της αύξησης και της εξάπλωσης της μικροβιακής αντοχής. Παρότι η τάση στην κατανάλωση αντιβιοτικών στην κοινότητα μειώθηκε σημαντικά μεταξύ του 2019 και του 2021 (σχήμα 20), δεν είναι ακόμη σαφές αν η μείωση αυτή είναι προσωρινή και οφείλεται κυρίως στη μείωση των λοιμώξεων κατά τη διάρκεια της πανδημίας ή αν οφείλεται σε αλλαγές στις συμπεριφορές ιατρικής συνταγογράφησης και στην καλύτερη πρόληψη και έλεγχο των λοιμώξεων στα νοσοκομεία.

Σχήμα 20. Η κατανάλωση αντιβιοτικών μειώθηκε αισθητά στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της πανδημίας



Σημειώσεις: Ο μέσος όρος της ΕΕ δεν είναι σταθμισμένος. Τα στοιχεία για την Τσεχία και την Κύπρο αφορούν τη συνολική κατανάλωση (συμπεριλαμβανομένων των νοσοκομείων).

Πηγή: Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC), Ευρωπαϊκό Δίκτυο Επιτήρησης της Κατανάλωσης Αντιμικροβιακών (ESAC-net)

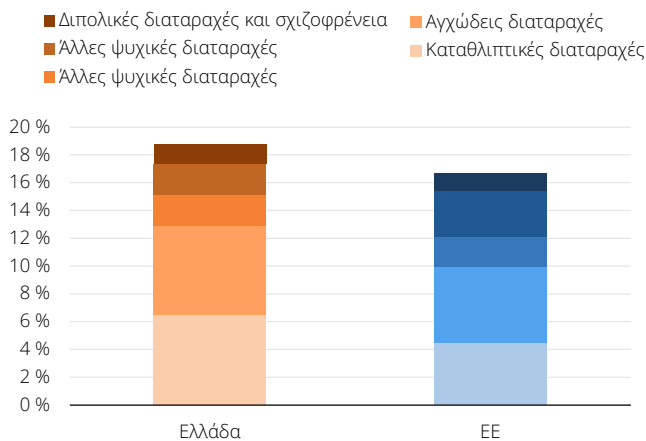
6 Η ψυχική υγεία στο προσκήνιο

Η Ελλάδα έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά επιβάρυνσης λόγω προβλημάτων ψυχικής υγείας στην ΕΕ

Από τα διαθέσιμα στοιχεία αποδεικνύεται ότι τα προβλήματα ψυχικής υγείας επηρεάζουν μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού στην Ελλάδα. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Ινστιτούτου Μετρήσεων και Αξιολόγησης Υγείας (IHME), σχεδόν ένα στα πέντε άτομα στην Ελλάδα αντιμετώπιζε πρόβλημα ψυχικής υγείας το 2019, το οποίο ισοδυναμεί σε 2 εκατομμύρια

ανθρώπους. Το εν λόγω ποσοστό του πληθυσμού με πρόβλημα ψυχικής υγείας (19 %) ήταν το τρίτο υψηλότερο στην ΕΕ. Οι συνηθέστερες ψυχικές διαταραχές στην Ελλάδα ήταν οι καταθλιπτικές διαταραχές (που εκτιμάται ότι πλήττουν το 7 % του πληθυσμού), οι αγχώδεις διαταραχές (6 %) και οι διαταραχές λόγω κατανάλωσης αλκοόλ και χρήσης ναρκωτικών (2 %) (σχήμα 21). Το οικονομικό κόστος της κακής ψυχικής υγείας είναι σημαντικό, με το άμεσο και έμμεσο κόστος να εκτιμάται ότι υπερβαίνει το 3 % του ΑΕΠ της Ελλάδας, δηλαδή 5,3 δισ. EUR, το 2015 (OECD/EU, 2018).

Σχήμα 21. Σχεδόν ένα στα πέντε άτομα στην Ελλάδα είχαν πρόβλημα ψυχικής υγείας πριν από την πανδημία το 2019

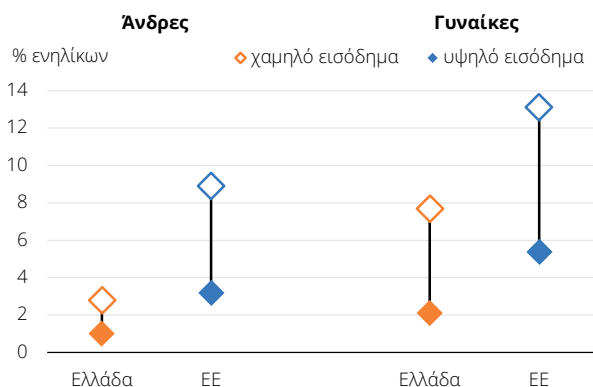


Σημείωση: Ο μέσος όρος της ΕΕ δεν είναι σταθμισμένος.
Πηγή: IHME (τα στοιχεία αφορούν το 2019).

Η κατάθλιψη αναφέρεται συχνότερα από γυναίκες και άτομα που ανήκουν στην ομάδα χαμηλότερου εισοδήματος

Από τα στοιχεία από την ευρωπαϊκή έρευνα για την υγεία βάσει ερωτηματολογίου (EHIS) προκύπτει ότι το 3,8 % των Ελλήνων ανέφερε κατάθλιψη (σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ που ήταν 7 %) το 2019. Ο κίνδυνος κατάθλιψης διέφερε σημαντικά μεταξύ των φύλων και των ομάδων εισοδήματος. Περίπου το 7,7 % των γυναικών στο κατώτατο πεμπτημόριο εισοδήματος ανέφερε κατάθλιψη το 2019, ποσοστό που είναι περίπου 3,5 εκατοστιαίες μονάδες υψηλότερο από το ποσοστό για τις γυναίκες που ανήκουν στην ομάδα υψηλότερου εισοδήματος (2,1 %). Σχεδόν το 3 % των ανδρών στο κατώτατο πεμπτημόριο εισοδήματος ανέφερε την συγκεκριμένη κατάσταση, γεγονός που καθιστά του άνδρες κατά τρεις φορές πιθανότερο να βιώσουν κατάθλιψη από ό,τι οι άνδρες στην ομάδα υψηλότερου εισοδήματος (1 %) (σχήμα 22). Με την πάροδο του χρόνου,

Σχήμα 22. Οι γυναίκες και τα άτομα στο κατώτατο πεμπτημόριο εισοδήματος είναι πιθανότερο να αναφέρουν κατάθλιψη



Σημείωση: Το υψηλό εισόδημα αναφέρεται στα άτομα που βρίσκονται στο ανώτατο πεμπτημόριο εισοδήματος (20 % του πληθυσμού με το υψηλότερο εισόδημα), ενώ το χαμηλό εισόδημα αναφέρεται στα άτομα που βρίσκονται στο κατώτατο πεμπτημόριο εισοδήματος (20 % του πληθυσμού με το χαμηλότερο εισόδημα).
Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat (βάσει της έρευνας EHIS για το 2019).

η χρήση αντικαταθλιπτικών αυξάνεται συνεχώς — από 44,7 ορισμένες ημερήσιες δόσεις ανά 100 000 κατοίκους το 2013 σε 73,1 το 2022 — ενώ η χρήση αγχολυτικών έχει επίσης αυξηθεί — από 23,4 ορισμένες ημερήσιες δόσεις ανά 100 000 κατοίκους το 2013 σε 32,1 το 2022.

Η πανδημία επιδείνωσε τους παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με την κακή ψυχική υγεία και ανέδειξε τη σχέση μεταξύ της αβέβαιης οικονομικής κατάστασης και του αυξημένου κινδύνου κατάθλιψης. Σύμφωνα με την έρευνα του Eurofound με τίτλο «Διαβίωση, εργασία και COVID-19» (Eurofound, 2021), το 66 % των ατόμων στην Ελλάδα που ζουν σε νοικοκυριά που ανέφερε οικονομικές δυσκολίες θεωρήθηκε ότι διέτρεχε κίνδυνο κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της πανδημίας, σε σύγκριση με το 40 % των ατόμων που δεν ανέφερε τέτοιες δυσκολίες. Τα ποσοστά αυτά ήταν ελαφρώς υψηλότερα από τον μέσο όρο της ΕΕ (62 %) στα άτομα που ανέφεραν οικονομικές δυσκολίες και 37 % στα άτομα που δεν ανέφεραν οικονομικές δυσκολίες.

Τα ποσοστά αυτοκτονιών στην Ελλάδα επανέρχονται σταδιακά στο χαμηλό επίπεδο προ της οικονομικής κρίσης

Παρότι η Ελλάδα έχει παραδοσιακά ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών σε ολόκληρη την ΕΕ, τα ποσοστά αυξήθηκαν λόγω της χρηματοπιστωτικής κρίσης τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Η ανοδική τάση διακόπηκε γύρω στο 2014 και στη συνέχεια τα ποσοστά μειώθηκαν, παρουσιάζοντας σταθεροποίηση στα προ κρίσης επίπεδα. Παρότι το ποσοστό αυτοκτονιών των γυναικών αυξήθηκε εκ νέου το 2018, σημειώθηκε αισθητή μείωση του ποσοστού για τους άνδρες μεταξύ του 2019 και του 2020, το πρώτο έτος της πανδημίας COVID-19 (σχήμα 23).

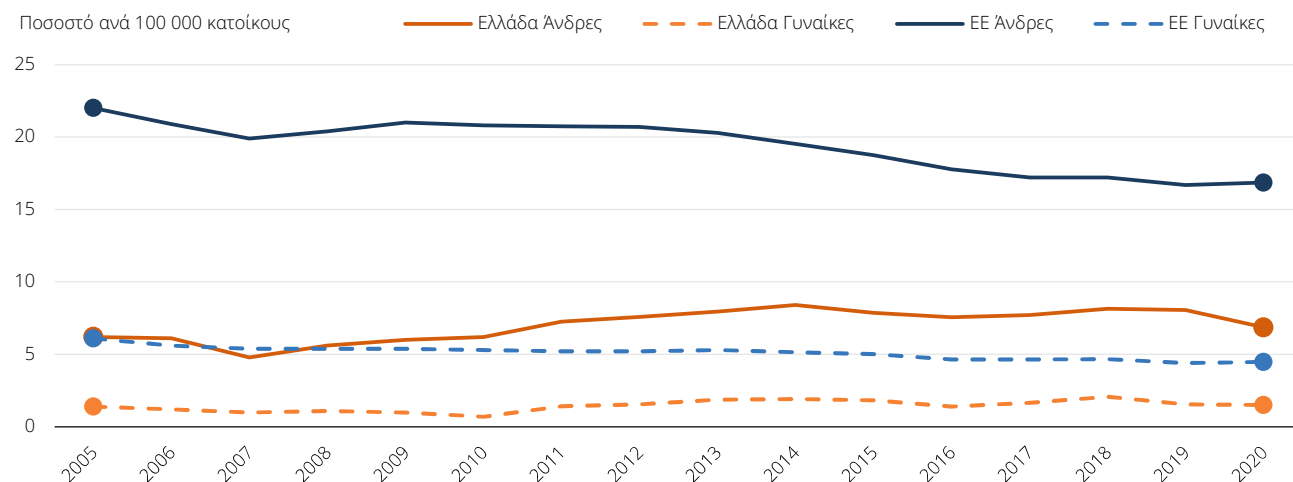
Η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας μεταφέρεται από τις ενδονοσοκομειακές εγκαταστάσεις σε κοινοτικές δομές

Παρότι οι ενδονοσοκομειακές εγκαταστάσεις αποτελούν παραδοσιακά το πρώτο σημείο επαφής για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, έχουν καταβληθεί προσπάθειες να μετατοπιστεί το επίκεντρο της περίθαλψης στην κοινότητα. Κατά συνέπεια, τα περισσότερα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία και άσυλα έχουν κλείσει και ο αριθμός των ψυχιατρικών κλινών μειώνεται σταθερά, ενώ διάφορα είδη κοινοτικών υπηρεσιών φροντίδας έχουν κάνει την εμφάνισή τους (Madianos, 2020). Ο κορμός των υπηρεσιών αυτών αποτελείται από εξωτερικά ιατρεία που βρίσκονται σε γενικά νοσοκομεία ή ψυχιατρικά νοσοκομεία, ημερήσια νοσοκομεία, ξενώνες και δομές στέγασης. Επιπλέον, σταδιακά αναπτύσσονται κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας, κινητές μονάδες και μονάδες επείγουσας επέμβασης και οι υπηρεσίες παρέχονται όλο και συχνότερα από τις δομές αυτές.

Σημαντικός αριθμός ατόμων ανέφερε ανικανοποίητες ανάγκες όσον αφορά την ψυχική υγεία κατά τη διάρκεια της πανδημίας

Όπως και σε πολλές άλλες χώρες της ΕΕ, σημαντικός αριθμός ατόμων θεωρεί ότι οι ανάγκες στον τομέα της ψυχικής υγείας δεν καλύφθηκαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Σύμφωνα με πανευρωπαϊκή έρευνα που διενεργήθηκε την άνοιξη του 2021

Σχήμα 23. Τα ποσοστά αυτοκτονιών των Ελλήνων παραμένουν χαμηλά και μειώθηκαν για τους άνδρες κατά το πρώτο έτος της πανδημίας



Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat.

και την άνοιξη του 2022, το 17 % του πληθυσμού της Ελλάδας ανέφερε μη ικανοποιούμενες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης, εκ των οποίων πάνω από το ένα τέταρτο (27 %) αφορούσε την ψυχική υγεία (σχήμα 24). Το εν λόγω ποσοστό των αναφερόμενων μη ικανοποιούμενων αναγκών ψυχικής υγείας ήταν πάνω από τον μέσο όρο της ΕΕ (22 %).

Σχήμα 24. Περίπου το ένα τέταρτο των μη ικανοποιούμενων αναγκών για υγειονομική περίθαλψη κατά τη διάρκεια της πανδημίας αφορούσε την ψυχική υγεία



Σημείωση: Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ερωτήθηκαν αν είχαν τρέχουσες ανικανοποίητες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης και, εάν ναι, για ποιο είδος φροντίδας, συμπεριλαμβανομένης της ψυχιατρικής περίθαλψης.
Πηγή: Eurofound (2022).

Τα προγράμματα ψυχικής υγείας στην Ελλάδα εξελίσσονται, επιδιώκοντας ολοκληρωμένες υπηρεσίες σε επίπεδο κοινότητας

Η Ελλάδα μεταρρυθμίζει το σύστημα ψυχικής υγείας της από τη δεκαετία του 1980. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία «Ψυχαργώς» ξεκίνησε στα τέλη της δεκαετίας του 1990 και συνεχίστηκε σε μεταγενέστερες επαναλήψεις. Βασικός στόχος του ήταν η σταδιακή μετάβαση προς ένα σύστημα περίθαλψης που θα βασίζεται στην κοινότητα. Με

βάση τα επιτεύγματα του προγράμματος «Ψυχαργώς», το 2019 η κυβέρνηση παρουσίασε ένα σχέδιο στρατηγικής για την προώθηση της ανάπτυξης της ψυχιατρικής περίθαλψης σε επίπεδο κοινότητας στη χώρα. Το σχέδιο αυτό δίνει έμφαση στην ανάπτυξη νέων υπηρεσιών στην κοινότητα —όπως κινητές μονάδες, ημερήσια νοσοκομεία και κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας— και θεωρείται ότι είχε θετικό αντίκτυπο (Anargyros, Lappas & Christodoulou, 2021). Οι πολιτικές προκλήσεις περιλαμβάνουν την καλύτερη ενσωμάτωση των δομών ψυχιατρικής περίθαλψης, την ενίσχυση των επιλογών θεραπείας σε επίπεδο κοινότητας και την επένδυση στην προληπτική ψυχιατρική, καθώς και στην εκπαίδευση και κατάρτιση —ιδίως για νοσηλευτές ψυχικής υγείας. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2021-2025 περιλαμβάνει διάφορες διατάξεις για την ψυχική υγεία, οι οποίες υποστηρίζονται από το σχέδιο ανάκαμψης και ανθεκτικότητας. Δίνεται έμφαση στην παιδική και εφηβική ψυχιατρική, στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας για ασθενείς που πάσχουν από την νόσο Alzheimer και άλλες μορφές άνοιας και σε ασθενείς με αυτισμό, καθώς και στην κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ. Αναπτύσσονται επίσης διαδικτυακές εφαρμογές και ψηφιοποιημένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας για τη στήριξη των ατόμων με εθισμούς.

Επιπλέον, τον Μάρτιο του 2023 το Υπουργείο Υγείας θέσπισε ειδικό 10ετές Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία (2021-2030), το οποίο περιλαμβάνει πολιτικές και παρεμβάσεις για την προώθηση, την προστασία και την ενίσχυση της ψυχικής υγείας για τον πληθυσμό, και ιδίως για τις ευάλωτες ομάδες. Το σχέδιο, το οποίο οργανώθηκε σε πέντε κάθετους και πέντε οριζόντιους άξονες παρέμβασης, αποσκοπεί στη διασφάλιση της καθολικής πρόσβασης σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και στην εξάλειψη του στιγματισμού και του κοινωνικού αποκλεισμού. Ο γενικός στόχος είναι να επιτευχθεί η αποϊδρυματοποίηση, βασίζοντας την παροχή υπηρεσιών σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας προσανατολισμένο στην αποκατάσταση και βασισμένο στην κοινότητα.

7 Βασικές διαπιστώσεις

- Η νόσος COVID-19 εξάλειψε τα οφέλη του προσδόκιμου ζωής κατά 1 έτος στην Ελλάδα και το μέσο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση επανήλθε το 2022 στα επίπεδα του 2012. Στα 80,7 έτη, το προσδόκιμο ζωής είναι πλέον χαμηλότερο από ό,τι στις περισσότερες άλλες χώρες της νότιας και δυτικής Ευρώπης, αλλά ίσο με τον μέσο όρο της ΕΕ. Οι πηγές αυτού του αντικτύπου εντοπίζονται στον αριθμό των καταγεγραμμένων θανάτων από τη νόσο COVID-19, οι οποίοι το 2020 αντιπροσώπευαν την τέταρτη βασικότερη αιτία θνησιμότητας (μετά τις ασθένειες του κυκλοφορικού συστήματος, τον καρκίνο και τις παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος), και στα υψηλότερα ποσοστά υπερβάλλουσας θνησιμότητας που σημειώθηκαν μεταξύ του 2020 και του 2022.
 - Τα υψηλά ποσοστά καπνίσματος και η παχυσαρκία, ιδίως μεταξύ των εφήβων, αποτελούν δύο ανησυχητικούς συμπεριφορικούς παράγοντες κινδύνου, συμβάλλοντας σε σημαντικό αριθμό θανάτων το 2019. Η φθίνουσα τάση της προλαμβανόμενης θνησιμότητας αντιστράφηκε το 2020, κυρίως λόγω των θανάτων από τη νόσο COVID-19, αλλά και λόγω των επίμονων επιπτώσεων του καρκίνου του πνεύμονα, που αποτελεί την κυριότερη αιτία των αποτρέψιμων θανάτων. Η ενίσχυση των πολιτικών ελέγχου του καπνίσματος που θεσπίστηκαν το 2019 υπήρξαν υποσχόμενες, αλλά η επιβολή των απαγορεύσεων του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, όπως τα μπαρ και τα εστιατόρια, φαίνεται να φθίνει μετά την επανέναρξη της κοινωνικής και οικονομικής δραστηριότητας μετά την πανδημία COVID-19.
 - Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία και το δημόσιο ποσοστό στις δαπάνες αυτές αυξήθηκαν το 2021. Ωστόσο, η Ελλάδα, με 1 874 EUR κατά κεφαλήν, έχει ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά δαπανών για την υγεία στην ΕΕ. Οι άμεσες ιδιωτικές πληρωμές παραμένουν υψηλές, αντιπροσωπεύοντας το ένα τρίτο του συνόλου των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη. Αυτό τροφοδοτεί τις μη ικανοποιούμενες ανάγκες για ιατρική περίθαλψη λόγω του κόστους και τα υψηλά ποσοστά καταστροφικών δαπανών για την υγεία, ειδικότερα μεταξύ των φτωχότερων νοικοκυριών.
 - Η προσβασιμότητα των υπηρεσιών υποστηρίζεται από τη σχεδόν καθολική πληθυσμιακή κάλυψη, μια ευρεία δέσμη παροχών και την ενισχυμένη χρήση εξ αποστάσεως παροχής ιατρικών συμβουλών κατά τη διάρκεια της πανδημίας, αλλά η Ελλάδα εξακολουθεί να καταγράφει υψηλό βαθμό παράληψης της περίθαλψης τόσο για την ιατρική όσο και για την οδοντιατρική περίθαλψη. Οι μηνιαίες ποσοστώσεις για ορισμένες επισκέψεις σε ιατρούς, εξετάσεις και συνταγογραφήσεις που αποζημιώνονται διαφοροποιούν την παροχή των χρηματοδοτούμενων από το δημόσιο υπηρεσιών υγείας, ενώ οι ελλείψεις ιατρών και νοσηλευτών αποτελούν
- βασικό εμπόδιο για την επαρκή στελέχωση των δημόσιων δομών, συμπεριλαμβανομένων των δομών πρωτοβάθμιας περίθαλψης που είναι στο επίκεντρο των υπό εξέλιξη μεταρρυθμίσεων.
- Η ενίσχυση του συστήματος υγείας στον απόηχο της πανδημίας δεν επικεντρώθηκε μόνο στην ενίσχυση της ικανότητας του προσωπικού στον τομέα της υγείας με την αύξηση των αμοιβών και σημαντικές βελτιώσεις στην ιατρική εκπαίδευση και κατάρτιση, αλλά και στις συνεχείς προσπάθειες για τη βελτίωση της παροχής και της αποδοτικότητας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης — μεταξύ άλλων με την πολυαναμενόμενη θέσπιση του συστήματος παραπομπής στους ειδικούς ιατρούς μέσω του γενικού-οικογενειακού ιατρού, τη βελτίωση των παισίων παροχής ολοκληρωμένης περίθαλψης και την αναβάθμιση των δεξιοτήτων στις τεχνικές ψηφιακής υγείας για το ιατρικό προσωπικό. Υλοποιείται επίσης εθνικό σχέδιο δράσης για την αντιμετώπιση της μικροβιακής αντοχής, η οποία αποτελεί μία από τις πλέον πιεστικές πιθανές καταστάσεις έκτακτης ανάγκης στον τομέα της υγείας που αντιμετωπίζουν όλες οι χώρες.
 - Οι στρατηγικές προτεραιότητες υποστηρίζονται από τις επενδύσεις στον τομέα της υγείας που περιλαμβάνονται στο σχέδιο ανάκαμψης και ανθεκτικότητας της Ελλάδας και στα μέσα της πολιτικής συνοχής της ΕΕ, τα οποία διοχετεύουν χρηματοδότηση στην αναβάθμιση των κτιριακών υποδομών και του εξοπλισμού σε κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης και σε δημόσια νοσοκομεία, καθώς και από διάφορες δράσεις που έχουν σχεδιαστεί για την υλοποίηση του ψηφιακού μετασχηματισμού των υπηρεσιών υγείας. Επίσης, παρέχεται χρηματοδότηση για την ενίσχυση των μέτρων ευρείας κλίμακας στο πλαίσιο της εθνικής στρατηγικής πρόληψης στον τομέα της δημόσιας υγείας «Σπύρος Δοξιάδης».
 - Η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές, καθώς και οι διαταραχές λόγω κατανάλωσης αλκοόλ και χρήσης ναρκωτικών, αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος της επιβάρυνσης της ψυχικής υγείας της Ελλάδας· επηρεάζουν επίσης δυσανάλογα τα άτομα που ανήκουν σε ομάδες χαμηλότερου εισοδήματος. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, πάνω από το ένα τέταρτο των αναφερόμενων μη ικανοποιούμενων αναγκών για υγειονομική περίθαλψη αφορούσε την ψυχική υγεία. Οι υπό εξέλιξη μεταρρυθμίσεις μετατοπίζουν σταδιακά την παροχή υπηρεσιών από την ιδρυματική φροντίδα σε υπηρεσίες στο επίπεδο της τοπικής κοινότητας. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2021-2025 και το νέο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021-2030 περιλαμβάνουν πολύπλευρες πολιτικές και παρεμβάσεις για την αναδιαμόρφωση της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας κατά την επόμενη δεκαετία.

Βασικές πηγές

Health Systems and Policy Monitor – Greece (2023).
European Observatory on Health Systems and Policies,
<https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor>.

OECD/EU (2022), Health at a Glance: Europe 2022 – State of Health in the EU Cycle. Paris, OECD Publishing.

Παραπομπές

Anargyros KP, Lappas AS, Christodoulou NG (2021), Community mental health services in Greece: development, challenges and future directions. Consortium Psychiatricum, 2(4):62-67.

ECDC, WHO Regional Office for Europe (2023), Data on percentage of bloodstream infections due to MRSA among patients with symptoms of bloodstream infections who have growth of Staphylococcus aureus in tested blood samples. Stockholm.

ECDC (2022), Press Release: 35 000 annual deaths from antimicrobial resistance in the EU/EEA. Stockholm, <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/eaad-2022-launch>

Economou C et al. (2017), Greece: health system review. Health Systems in Transition, 19(5): i-192.

EU (2022), Special Eurobarometer 523 (March-April 2022): Corruption. Luxembourg, <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2658>.

EU Expert Group on Health Systems Performance Assessments (2020). Assessing the resilience of health systems in Europe: an overview of the theory, current practice and strategies for improvement. Luxembourg.

Eurofound (2021), Living, working and COVID-19 survey, rounds one, two and three (spring 2020, summer 2020 and spring 2021). Dublin, <https://www.eurofound.europa.eu/surveys/living-working-and-covid-19-e-survey>.

Eurofound (2022), Living, working and COVID-19 survey, rounds four and five (November 2021 and May 2022). Dublin, <https://www.eurofound.europa.eu/surveys/living-working-and-covid-19-e-survey>.

Health Behaviour in School-aged Children study (2023), Data browser (findings from the 2021/22 international HBSC survey): <https://data-browser.hbsc.org>

Ιατρονέτ (2023), Οι εξελίξεις με το Ελληνικό Μητρώο Καρκίνου και οι αλλαγές στο ψηφιακό περιβάλλον7 Μαρτίου 2023, <https://www.iatronet.gr/article/115081/oi-exelixeis-me-to-ethniko-mhtroo-karkinoy-kai-oi-allages-sto-pshfiako-perivallon>.

Kondilis E, Tarantilis F, Benos A (2021), Essential public healthcare services utilization and excess non-COVID-19 mortality in Greece, Public Health, 198: 85-88.

Ktena D et al. (2022), Population-based study of influenza and invasive meningococcal disease among Greek children during the COVID-19 pandemic. BMJ Paediatrics Open, 6:e001391.

Madianos MG (2020), The adventures of psychiatric reform in Greece: 1999-2019. BJPsych International, 17(2): 26-28.

Υπουργείο Υγείας (2023α), Σύστημα Επιχειρηματικής Ευφυΐας (BI), Στοιχεία χρήσης υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Αθήνα.

Υπουργείο Υγείας (2023β), Σύστημα Επιχειρηματικής Ευφυΐας (BI), Στοιχεία νοσηλευτικής κίνησης. Αθήνα, <https://www.moh.gov.gr/articles/bihealth/stoixeia-noshleytikhs-kinhshs>.

OECD (2023), EU Country Cancer Profile: Greece 2023, EU Country Cancer Profiles. Paris, OECD Publishing.

OECD/ECDC (2019), Antimicrobial Resistance: Tackling the Burden in the European Union. Paris.

OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018 – State of Health in the EU Cycle. Paris, OECD Publishing.

Συνοτομογραφίες χωρών

Αυστρία	AT	Ελλάδα	EL	Κάτω Χώρες	NL	Μάλτα	MT	Σλοβακία	SK
Βέλγιο	BE	Εσθονία	EST	Κροατία	HR	Νορβηγία	NO	Σλοβενία	SI
Βουλγαρία	BG	Ιρλανδία	IE	Κύπρος	CY	Ουγγαρία	HU	Σουηδία	SE
Γαλλία	FR	Ισλανδία	IS	Λετονία	LV	Πολωνία	PL	Τσεχία	CZ
Γερμανία	DE	Ισπανία	ES	Λιθουανία	LT	Πορτογαλία	PT	Φινλανδία	FI
Δανία	DK	Ιταλία	IT	Λουξεμβούργο	LU	Ρουμανία	RO		

State of Health in the EU

Προφίλ Υγείας 2023

Τα *προφίλ υγείας ανά χώρα* αποτελούν βασικό στοιχείο του κύκλου της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την κατάσταση της υγείας στην ΕΕ, ενός έργου διαμεσολάβησης γνώσης που αναπτύχθηκε με χρηματοδοτική στήριξη από την Ευρωπαϊκή Ένωση.

Τα προφίλ αυτά είναι αποτέλεσμα μιας σύμπραξης μεταξύ του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) και του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Βασισμένη σε μια συνεπή μεθοδολογία που χρησιμοποιεί τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά δεδομένα, η ανάλυση καλύπτει τις τελευταίες προκλήσεις και εξελίξεις της πολιτικής για την υγεία σε κάθε χώρα της ΕΕ/του ΕΟΧ.

Η έκδοση 2023 των *προφίλ υγείας ανά χώρα* παρέχει μια σύνθεση διαφόρων κρίσιμων πτυχών, μεταξύ των οποίων:

- την τρέχουσα κατάσταση της υγείας στο εσωτερικό της χώρας·
- τους καθοριστικούς παράγοντες για την υγεία, με ιδιαίτερη έμφαση στους παράγοντες κινδύνου συμπεριφοράς·
- τη δομή και την οργάνωση του συστήματος υγείας·
- την αποτελεσματικότητα, την προσβασιμότητα και την ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας·
- για πρώτη φορά στη σειρά, έναν απολογισμό της κατάστασης της ψυχικής υγείας και των συναφών υπηρεσιών εντός της χώρας.

Η *συγκεφαλαιωτική έκθεση* της Ευρωπαϊκής Επιτροπής συμπληρώνει τα βασικά πορίσματα των προφίλ υγείας ανά χώρα.

Για περισσότερες πληροφορίες βλέπε: ec.europa.eu/health/state

Παρακαλείσθε να αναφέρετε την παρούσα δημοσίευση ως εξής:
OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023),
Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2023, State of Health in the EU,
OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264782389 (PDF)
Σειρά: Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ
SSN 25227041 (διαδικτυακά)