European Commission



Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ

ΕΛΛΑΔΑ

Προφίλ Υγείας 2019

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO

Η σειρά των προφίλ υγείας ανά χώρα

Τα προφίλ υγείας ανά χώρα στη σειρά Η κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ παρέχουν μια συνοπτική επισκόπηση της υγείας και των συστημάτων υγείας στην ΕΕ/Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο σε συνάρτηση με τις σχετικές πολιτικές. Δίνεται έμφαση στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τις προκλήσεις σε κάθε χώρα ενώ παράλληλα πραγματοποιούνται συγκρίσεις μεταξύ χωρών. Σκοπός είναι να υποστηριχθούν οι φορείς χάραξης πολιτικής και άσκησης επιρροής με ένα μέσο αμοιβαίας μάθησης και εθελούσιων ανταλλαγών.

Τα προφίλ είναι αποτέλεσμα κοινής προσπάθειας του ΟΟΣΑ και του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας (European Observatory on Health Systems and Policies), σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Η ομάδα του έργου ευχαριστεί το Δίκτυο Παρακολούθησης Συστημάτων και Πολιτικών Υγείας (Health Systems and Policy Monitor), την επιτροπή υγείας του ΟΟΣΑ και την ομάδα εμπειρογνωμόνων πληροφοριών υγείας της ΕΕ για τις πολύτιμες παρατηρήσεις και προτάσεις τους.

Πίνακας περιεχομένων

1. ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΑ ΣΗΜΕΙΑ 3
2. Η ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ 4
3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ 7
4. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ 9
5. ΑΠΟΔΟΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ 12
   5.1. Αποτελεσματικότητα 12
   5.2. Προσβασιμότητα 15
   5.3. Ανθεκτικότητα 18
6. ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ 22

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 Μέτρησης και Αξιολόγησης της Υγείας (Institute for Health Metrics and Evaluation -IHME), το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (European Centre for Disease Prevention and Control -ECDC), από τις μελέτες σχετικά με τις συμπεριφορές υγείας των παιδιών σχολικής ηλικίας (Health Behaviour in School-Aged Children -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 28 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 Αύγουστο του 2019 βάσει στοιχείων που ήταν διαθέσιμα τον Ιούλιο του 2019.

Για την τηλεφόρτωση του φύλλου Excel που περιέχει όλους τους πίνακες και τα γραφήματα του παρόντος προφίλ χώρας, απλώς πληκτρολογήστε τον ακόλουθο σύνδεσμο στο πρόγραμμα περιήγησης διαδικτύου που χρησιμοποιείτε: http://www.oecd.org/health/Country-Health-Profiles-2019-Greece.xls

Δημογραφικό και κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο στην Ελλάδα, 2017

Δημογραφικοί παράγοντες	ΕΛΛΑΔΑ	ΕΕ
Μέγεθος πληθυσμού (εκτιμήσεις στα μέσα του έτους)	10 755 000	511 876 000
Ποσοστό πληθυσμού ηλικίας άνω των 65 ετών (%)	21,5	19,4
Δείκτης γονιμότητας[1]	1,4	1,6
Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες		
Κατά κεφαλήν ΑΕΠ (ΙΑΔ[2] σε ευρώ)	20 200	30 000
Ποσοστό σχετικής φτώχειας[3] (%)	20,2	16,9
Ποσοστό ανεργίας (%)	21,5	7,6

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.

Δήλωση αποποίησης ευθύνης: Οι γνώμες που διατυπώνονται και τα επιχειρήματα που χρησιμοποιούνται στο παρόν έγγραφο δεσμεύουν μόνο τους συντάκτες τους και δεν αντικατοπτρίζουν κατ' ανάγκη τις επίσημες απόψεις του ΟΟΣΑ ή των κρατών μελών του ή του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας ή οποιουδήποτε από τους εταίρους του. Οι απόψεις που εκφράζονται στο παρόν σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι αντικατοπτρίζουν την επίσημη άποψη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

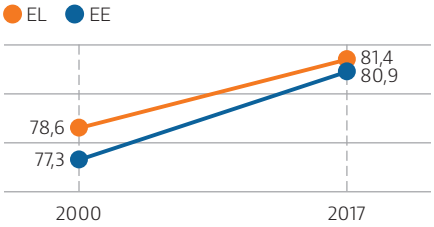
Το παρόν έγγραφο, καθώς και τυχόν δεδομένα ή χάρτες που περιλαμβάνονται σε αυτό, δεν θίγουν το καθεστώς ή την κυριαρχία επί οποιασδήποτε επικράτειας, την οριοθέτηση διεθνών συνόρων και ορίων, ούτε την ονομασία οποιασδήποτε επικράτειας πόλης ή περιοχής.

Πρόσθετες δηλώσεις αποποίησης ευθύνης για τον ΠΟΥ διατίθενται στη διεύθυνση http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/

© ΟΟΣΑ και Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (λειτουργώντας ως οργανισμός φιλοξενίας και γραμματεία του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας 2019

1 Σημαντικότερα σημεία

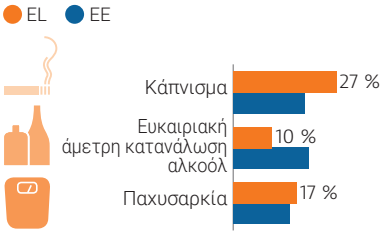
Την τελευταία δεκαετία, το Ελληνικό σύστημα υγείας έχει υποστεί ριζικό μετασχηματισμό και κινείται με αργούς ρυθμούς προς τη διαμόρφωση ενός πιο σύγχρονου, αποτελεσματικού και βιώσιμου συστήματος. Αφού αρχικά δόθηκε έμφαση στην υλοποίηση διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων για την ενίσχυση της αποτελεσματικότητας και στη μείωση του κόστους, οι πιο πρόσφατες προσπάθειες εστιάστηκαν επίσης στη θέσπιση και την ενίσχυση μηχανισμών για την επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων. Υπάρχει πλέον πλήρης ασφαλιστική κάλυψη υγείας για όλους τους κατοίκους και η Ελλάδα εργάζεται προς την κατεύθυνση εγκαθίδρυσης ενός λειτουργικού συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας, ενώ αντιμετωπίζονται προηγούμενες αδυναμίες, όπως ο κατακερματισμός, οι υπερβολικές φαρμακευτικές δαπάνες, η αναποτελεσματικότητα των δημόσιων συμβάσεων και η ανεπαρκής πρωτοβάθμια φροντίδα.



Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, σε έτη

Κατάσταση της υγείας

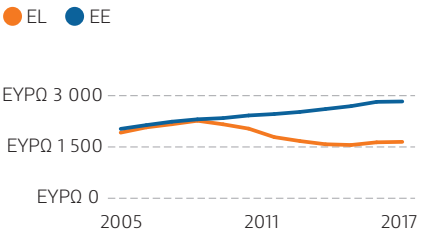
Το προσδόκιμο ζωής, στα 81,4 έτη, είναι λίγο υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ· ωστόσο, εξακολουθούν να υπάρχουν ανισότητες όσον αφορά την υγεία ανάλογα με το φύλο καθώς και την κοινωνική θέση. Οι θάνατοι από ισχαιμική καρδιοπάθεια και εγκεφαλικό επεισόδιο έχουν μειωθεί, όμως τα ποσοστά ορισμένων μορφών καρκίνου, του διαβήτη και, πιο πρόσφατα, της βρεφικής θνησιμότητας έχουν αυξηθεί. Τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω μπορούν να αναμένουν ότι θα ζήσουν περίπου 40 % της ζωής τους χωρίς αναπηρίες, ποσοστό που αντιστοιχεί σε δύο λιγότερα έτη υγιούς ζωής από τον μέσο όρο της ΕΕ.



Ποσοστό % των ενηλίκων

Παράγοντες κινδύνου

Ποσοστό λίγο υψηλότερο από το 40 % των θανάτων στην Ελλάδα μπορεί να αποδοθεί σε συμπεριφορικούς παράγοντες κινδύνου (πάνω από το 39 % που είναι ο μέσος όρος της ΕΕ), με το κάπνισμα να αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα. Περισσότεροι από ένας στους τέσσερις ενηλίκους καπνίζουν σε καθημερινή βάση, που είναι το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό μεταξύ των χωρών της ΕΕ. Τα υψηλά ποσοστά υπερβολικού βάρους και παχυσαρκίας αποτελούν επίσης πηγή ανησυχίας, όπως και η έλλειψη άσκησης των παιδιών. Τα σχετικά χαμηλά ποσοστά βλαβών που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ αποτυπώνουν τη χαμηλή κατανάλωση αλκοόλ από τους ενηλίκους, ωστόσο η ευκαιριακή άμετρη κατανάλωση αλκοόλ στα παιδιά σημειώνει άνοδο.



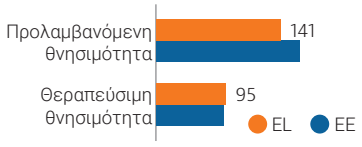
Κατά κεφαλήν δαπάνη (ΙΑΔ σε ευρώ)

Σύστημα υγείας

Οι πολιτικές που αποβλέπουν στη μείωση της σπατάλης και στην ενίσχυση της αποδοτικότητας συνέβαλαν στην ταχεία μείωση των δαπανών υγείας κατά την οικονομική κρίση, με τα επίπεδα δαπανών να σταθεροποιούνται από το 2015 και μετά. Το 2017 η Ελλάδα δαπάνησε 1 623 ΕΥΡΩ κατ' άτομο για υγειονομική περίθαλψη, ποσό πολύ χαμηλότερο από τον μέσο όρο στην ΕΕ (2 884 ΕΥΡΩ). Το ποσό αυτό αντιστοιχεί στο 8 % του ΑΕΠ, επίσης κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ (9,8 %). Πάνω από το ένα τρίτο των δαπανών υγείας προέρχεται από τα νοικοκυριά (συμπεριλαμβανομένων των άτυπων πληρωμών)· πρόκειται για ένα από τα υψηλότερα ποσοστά στην ΕΕ και οφείλεται στις υψηλές άμεσες ιδιωτικές δαπάνες για φάρμακα, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (ή ανοιχτή νοσηλεία) και νοσοκομειακές υπηρεσίες.

Αποτελεσματικότητα

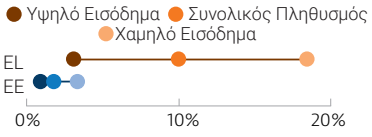
Η βελτίωση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών εξακολουθεί να αποτελεί πρόκληση, ενώ υπάρχουν ελάχιστα στοιχεία σχετικά με την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Στη διάρκεια της κρίσης, η θνησιμότητα από θεραπεύσιμες αιτίες παρουσίασε ενδείξεις επιδείνωσης. Ωστόσο, παρά τις ανεπαρκείς προληπτικές πολιτικές, η προλαμβανόμενη θνησιμότητα είναι χαμηλότερη από τον μέσο όρο της ΕΕ.



Προτυπωμένος κατά ηλικία δείκτης θνησιμότητας ανά 100 000 κατοίκους, 2016

Προσβασιμότητα

Το κόστος αποτελεί το κυριότερο εμπόδιο στην πρόσβαση στην περίθαλψη, ιδίως για τα άτομα με χαμηλό εισόδημα. Ένα στα δέκα νοικοκυριά υφίσταται καταστροφικές δαπάνες υγείας και η πρακτική των άτυπων πληρωμών εξακολουθεί να υπάρχει. Άλλα εμπόδια αποτελούν, μεταξύ άλλων, η επιβολή ορίων σε ορισμένες αποζημιούμενες ιατρικές επισκέψεις και η άνιση κατανομή των πόρων.



Ποσοστό % που αναφέρει μη καλυπτόμενες ιατρικές ανάγκες, 2017

Ανθεκτικότητα

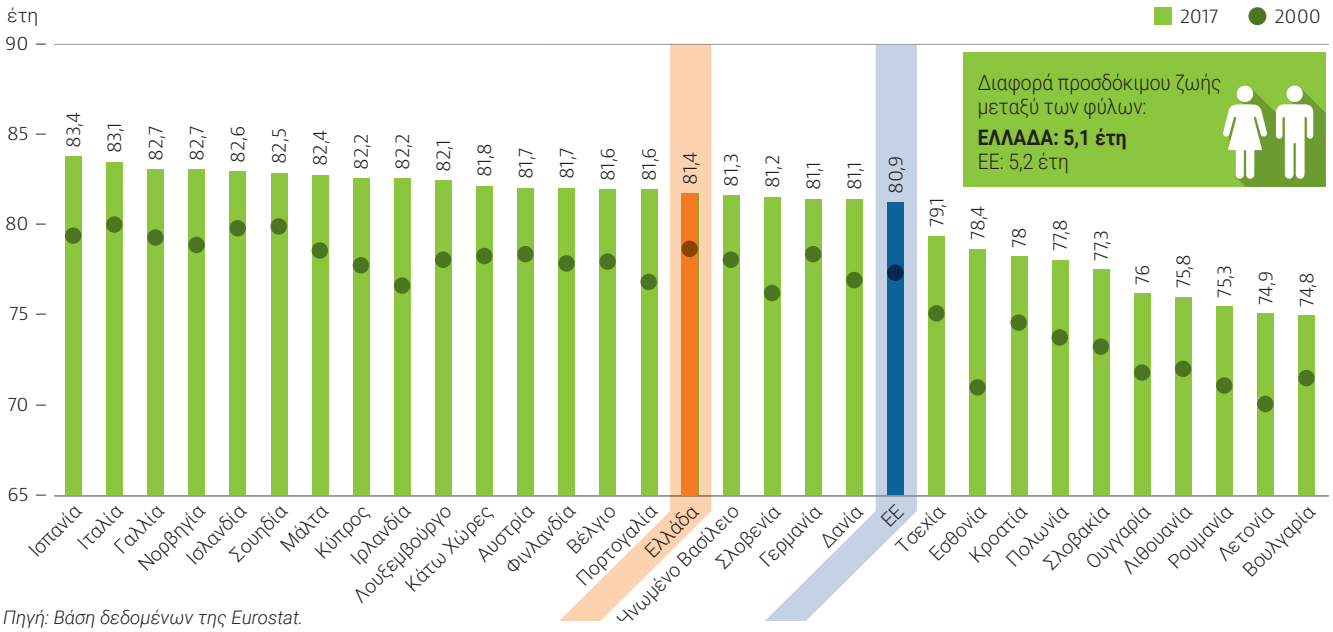
Η επαρκής χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, ιδίως για τη στήριξη της ανάπτυξης του νέου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας, έχει καθοριστική σημασία. Η διακυβέρνηση μπορεί να ενισχυθεί μέσω του σαφέστερου καθορισμού στρατηγικών στοιχειοθετημένων στόχων και ολοκληρωμένου εθνικού σχεδίου.

2 Η υγεία στην Ελλάδα

Το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα εξακολουθεί να υπερβαίνει τον μέσο όρο της ΕΕ, ωστόσο αυξάνεται με πιο αργό ρυθμό σε σύγκριση με πολλές άλλες χώρες της ΕΕ

Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ελλάδα έφτασε τα 81,4 έτη το 2017, υπερβαίνοντας κατά μισό έτος τον μέσο όρο της ΕΕ (σχήμα 1). Από το 2000, οπότε συγκαταλεγόταν μεταξύ των υψηλότερων στην ΕΕ, έχει αυξηθεί κατά 2,8 έτη, και με βραδύτερο ρυθμό απ' αυτόν που παρατηρείται στην ΕΕ συνολικά. Το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί με ελαφρώς ταχύτερους ρυθμούς για τους άνδρες, ενώ παρέμεινε στάσιμο για τις γυναίκες κατά τα τελευταία έτη, με αποτέλεσμα να παρατηρείται διαφορά περίπου πέντε ετών μεταξύ των φύλων, παρεμφερής με τον μέσο όρο της ΕΕ.

Σχήμα 1. Το προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε με βραδύτερο ρυθμό σε σύγκριση με πολλές χώρες της ΕΕ

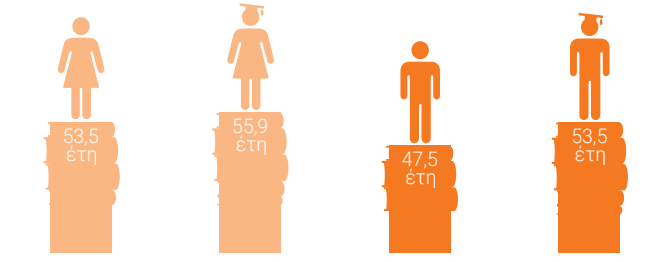


Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat.

Οι κοινωνικές ανισότητες όσον αφορά το προσδόκιμο ζωής είναι μεγαλύτερες στους άνδρες από ό,τι στις γυναίκες

Πέρα από τη διαφορά μεταξύ των φύλων, παρατηρούνται επίσης ανισότητες όσον αφορά το προσδόκιμο ζωής και λόγω της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Το 2016 η διαφορά όσον αφορά το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 30 ετών μεταξύ των ατόμων με το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και των ατόμων με τριτοβάθμια εκπαίδευση ήταν 6 έτη για τους άνδρες και 2,4 έτη για τις γυναίκες (σχήμα 2), αν και το μέγεθος αυτό είναι μικρότερο από τους μέσους όρους στην ΕΕ (7,6 και 4,1 για τους άνδρες και τις γυναίκες, αντίστοιχα). Η διαφορά μπορεί να εξηγηθεί, τουλάχιστον εν μέρει, από τα διαφορετικά επίπεδα έκθεσης στους παράγοντες κινδύνου και τον διαφορετικό τρόπο ζωής (όπως υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος στους άνδρες με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο).

Σχήμα 2. Στην ηλικία των 30 ετών, οι Έλληνες άνδρες με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο αναμένεται να ζήσουν έξι έτη περισσότερα σε σύγκριση με εκείνους που διαθέτουν το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο



Διαφορά στο προσδόκιμο ζωής κατά την ηλικία των 30 ετών λόγω εκπαιδευτικού χάσματος:

ΕΛΛΑΔΑ: 2,4 έτη
ΕΕ21: 4,1 έτη

ΕΛΛΑΔΑ: 6 έτη
ΕΕ21: 7,6 έτη

Σημείωση: Τα στοιχεία αφορούν το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 30 ετών. Ως υψηλό μορφωτικό επίπεδο ορίζεται το επίπεδο όσων έχουν ολοκληρώσει τριτοβάθμια εκπαίδευση [επίπεδα 5–8 της Διεθνούς Πρότυπης Ταξινόμησης της Εκπαίδευσης (ISCED)], ενώ ως χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ορίζεται το επίπεδο όσων δεν έχουν ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (επίπεδα 0–2 της ISCED).
Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat (τα στοιχεία αφορούν το 2016).

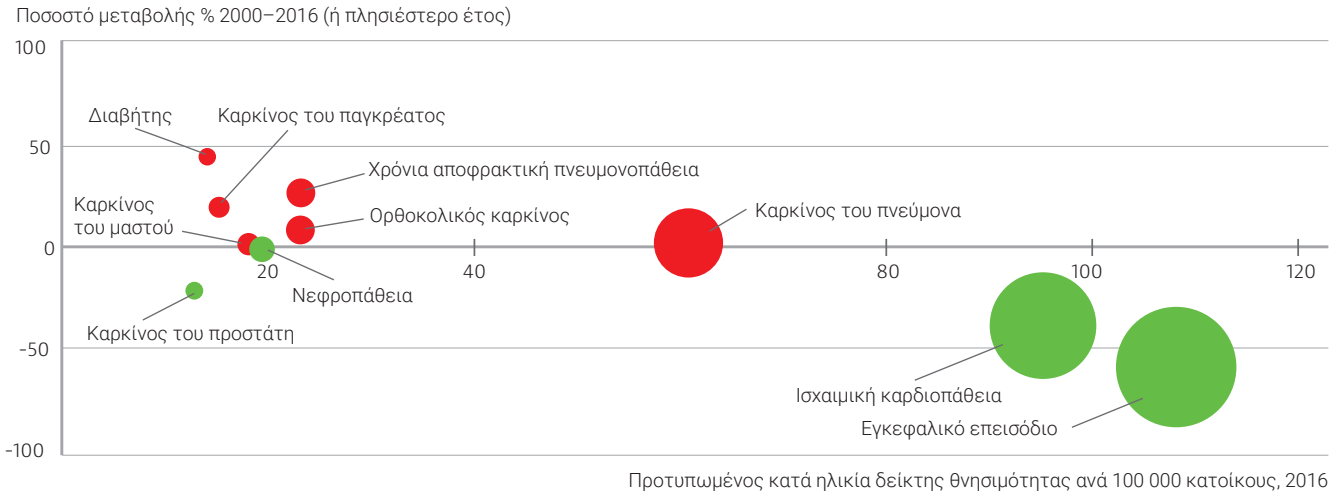
Τα εγκεφαλικά επεισόδια και η ισχαιμική καρδιοπάθεια αποτελούν μακράν τις κύριες αιτίες θανάτου

Παρά τη σημαντική μείωση των ποσοστών θνησιμότητας από εγκεφαλικό επεισόδιο και ισχαιμική καρδιοπάθεια από το 2000 και μετά, οι δύο αυτές παθήσεις εξακολουθούν να αποτελούν τις κύριες αιτίες θανάτου (σχήμα 3). Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί τη συχνότερη αιτία θανάτου από καρκίνο, με ποσοστά που παραμένουν αρκετά σταθερά με την πάροδο του χρόνου· ήταν στην έκτη υψηλότερη θέση στην ΕΕ το 2016. Η θνησιμότητα από καρκίνο του παγκρέατος και ορθοκολικό καρκίνο έχει επίσης αυξηθεί από το 2000 και μετά. Οι θάνατοι από διαβήτη και χρόνιες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος αποτελούν αυξανόμενο πρόβλημα τις τελευταίες δύο δεκαετίες. Ενώ τα επίπεδα παραμένουν κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ, αυτή η αύξηση μπορεί να αποτελεί ένδειξη αδυναμιών στην περίθαλψη όσον αφορά τις χρόνιες παθήσεις (βλ. ενότητα 5.1).

Με εξαίρεση τους θανάτους από τροχαία ατυχήματα, οι οποίοι μειώθηκαν (ενότητα 5.1), η οικονομική κρίση είχε αισθητό αντίκτυπο στην υγεία του ελληνικού πληθυσμού. Ειδικότερα, η ψυχική υγεία, εκπεφρασμένη σε ποσοστά αυτοκτονιών και επίπεδα σοβαρής κατάθλιψης, έχει επιδεινωθεί. Παρότι είναι τα χαμηλότερα μετά την Κύπρο και αρκετά κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ (10,3 ανά 100 000 κατοίκους το 2016), τα ποσοστά αυτοκτονιών έχουν αυξηθεί κατά 30 % — μέσος όρος 4,3 ανά 100 000 κατοίκους από το 2010 (έναντι 3,3 κατά την προηγούμενη δεκαετία). Σε σειρά μελετών διαπιστώθηκε αύξηση του επιπολασμού των συμπτωμάτων σοβαρής κατάθλιψης στον γενικό πληθυσμό, από 3,3 % το 2008 σε 12,3 % το 2013 (Economou et al., 2016).

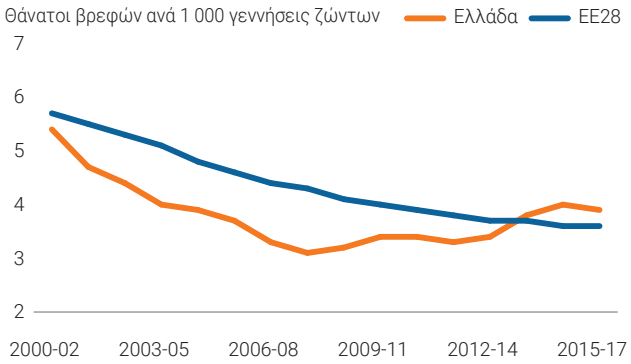
Η σταθερή μείωση της βρεφικής θνησιμότητας —δείκτη ευαίσθητου τόσο στην ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης όσο και στις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες— έχει αντιστραφεί από το τριετές μέσο επίπεδο των 3,1 ανά 1 000 γεννήσεις ζώντων κατά την περίοδο 2007-2009 σε 3,9 κατά την περίοδο 2015-2017, υπερβαίνοντας τον μέσο όρο της ΕΕ (3,6) (σχήμα 4). Το 2016 η βρεφική θνησιμότητα κορυφώθηκε στους 4,2 θανάτους ανά 1 000 γεννήσεις ζώντων, προτού μειωθεί στους 3,5 (λίγο κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ) το 2017.

Σχήμα 3. Ενώ η θνησιμότητα από τις κυριότερες αιτίες θανάτου μειώνεται, η θνησιμότητα από διαβήτη και ορισμένες μορφές καρκίνου αυξάνεται



Σημείωση: Το μέγεθος των φυσαλίδων είναι ανάλογο προς τα ποσοστά θνησιμότητας το 2016.
Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat.

Σχήμα 4. Το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας έχει αντιστραφεί στην Ελλάδα τα τελευταία έτη



Σημείωση: Κινητός μέσος όρος τριετίας.
Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat.

Η Ελλάδα αποτελεί σημαντικό σημείο εισόδου προσφύγων

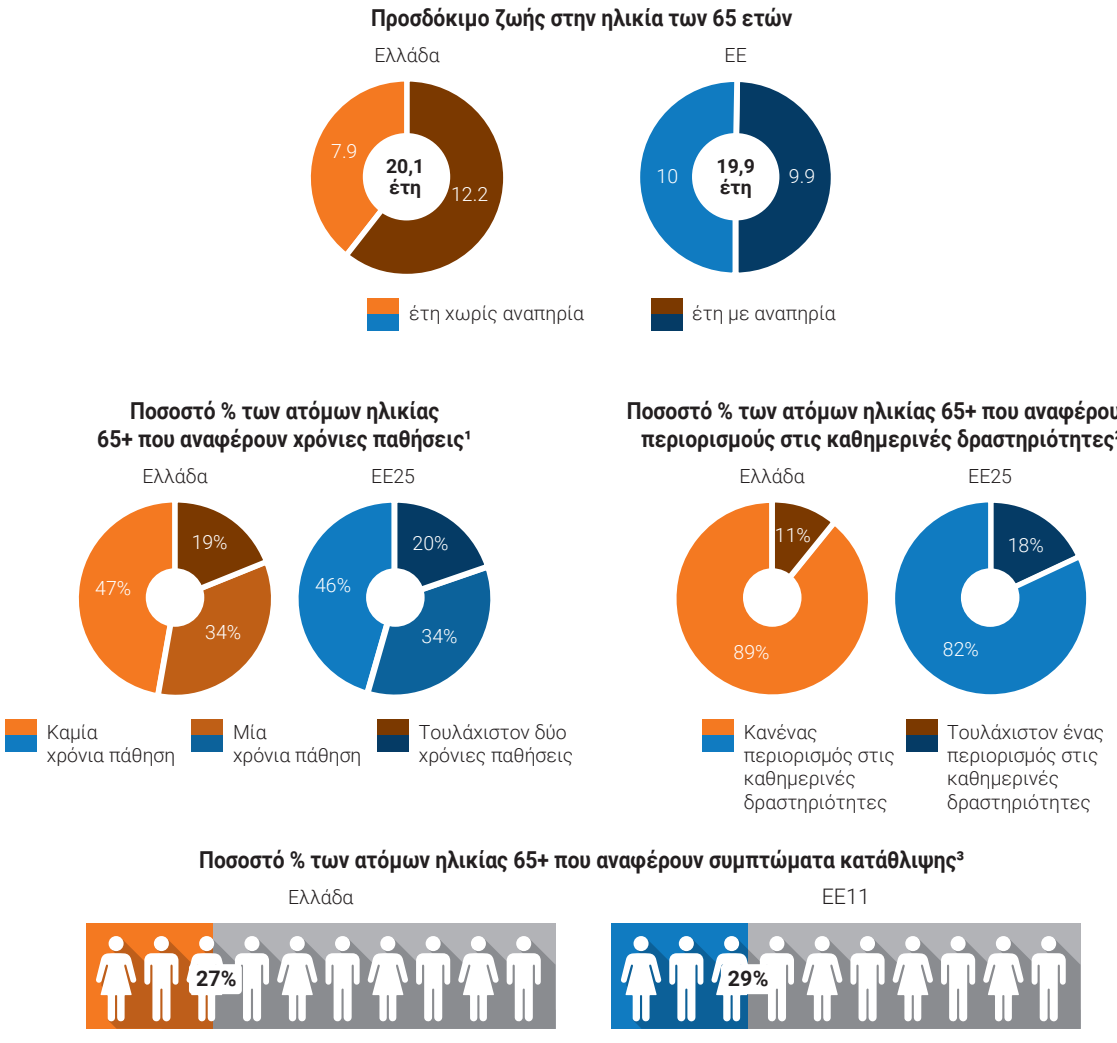
Τα τελευταία χρόνια, η Ελλάδα έχει λειτουργήσει ως σημείο εισόδου στην ΕΕ για τους πρόσφυγες που εγκαταλείπουν χώρες της Μέσης Ανατολής, συμπεριλαμβανομένης της Αραβικής Δημοκρατίας της Συρίας, για να διαφύγουν τις συγκρούσεις, με τον αριθμό των διερχόμενων ατόμων να έχει αγγίξει το 1 εκατομμύριο το 2015. Από το 2016 οι πρόσφυγες έχουν δικαίωμα πρόσβασης στο ίδιο επίπεδο υπηρεσιών με τους Έλληνες πολίτες, ενώ οι αιτούντες άσυλο που πάσχουν από συγκεκριμένες παθήσεις, έχουν αναπηρία ή φιλοξενούνται σε μονάδες κοινωνικής πρόνοιας έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες ανεξάρτητα από το νομικό καθεστώς τους (βλ. πλαίσιο 3 στην ενότητα 5.2). Πέρα από τις συνέπειες των συγκρούσεων και των συχνά επικίνδυνων ταξιδιών, η υγεία αυτών των ευπαθών ομάδων επηρεάζεται από τις συνθήκες διαβίωσης. Συνηθισμένα προβλήματα υγείας που παρατηρούνται σε

μετανάστες και πρόσφυγες στην Ελλάδα είναι γαστρεντερικές και αναπνευστικές διαταραχές, χρόνιες παθήσεις όπως διαβήτης και υπέρταση, επιπλοκές εγκυμοσύνης και τοκετού, καθώς και σωματικά και ψυχολογικά τραύματα.

Πολλά έτη ζωής μετά την ηλικία των 65 ετών διάγονται με χρόνιες παθήσεις και αναπηρίες

Λόγω της αύξησης του προσδόκιμου ζωής και των χαμηλών δεικτών γονιμότητας, περισσότερα από ένα στα πέντε (22 %) άτομα στην Ελλάδα είναι ηλικίας 65 ετών και άνω, αναλογία που προβλέπεται να αυξηθεί σε περισσότερο από ένα τρίτο (34 %) έως το 2070. Το 2017 το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών ήταν 20,1 έτη, ελαφρώς υψηλότερο από το σύνολο των χωρών της ΕΕ (σχήμα 5). Ωστόσο, οι Έλληνες αναμένεται να ζήσουν μόνο περίπου 40 % από αυτά τα έτη χωρίς αναπηρία, έναντι σχεδόν 50 % στην ΕΕ, που μεταφράζεται σε δύο λιγότερα έτη υγιούς ζωής[1]. Το ποσοστό των Ελλήνων που δηλώνουν ότι δεν πάσχουν από χρόνια νόσο (47 %) είναι παρόμοιο με τον μέσο όρο της ΕΕ (46 %), όμως ένα μικρότερο ποσοστό αναφέρει ότι αντιμετωπίζει περιορισμούς σε βασικές καθημερινές δραστηριότητες, όπως το ντύσιμο και το ντους (ένας στους εννέα Έλληνες ηλικίας 65 ετών και άνω, έναντι ενός στους έξι στην ΕΕ).

Σχήμα 5. Στην ηλικία των 65 ετών, μόνο 40 % των υπόλοιπων ετών ζωής διάγονται χωρίς αναπηρία



Σημειώσεις: 1 Στις χρόνιες παθήσεις περιλαμβάνονται η καρδιακή προσβολή, το εγκεφαλικό επεισόδιο, ο διαβήτης, η νόσος Πάρκινσον, η νόσος Αλτσχάιμερ και η ρευματοειδής αρθρίτιδα ή η οστεοαρθρίτιδα. 2 Στις βασικές καθημερινές δραστηριότητες περιλαμβάνονται το ντύσιμο, το περπάτημα από τη μία πλευρά του δωματίου στην άλλη, το μπάνιο ή ντους, το φαγητό, η κατάκλιση ή η έγερση από το κρεβάτι και η χρήση της τουαλέτας. 3 Ένα άτομο θεωρείται ότι παρουσιάζει συμπτώματα κατάθλιψης εάν αναφέρει περισσότερα από τρία συμπτώματα κατάθλιψης (από 12 πιθανές μεταβλητές).
Πηγές: Βάση δεδομένων της Eurostat για το προσδόκιμο ζωής και τα έτη υγιούς ζωής (τα στοιχεία αφορούν το 2017)· Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη (SHARE) για τους άλλους δείκτες (τα στοιχεία αφορούν το 2017).

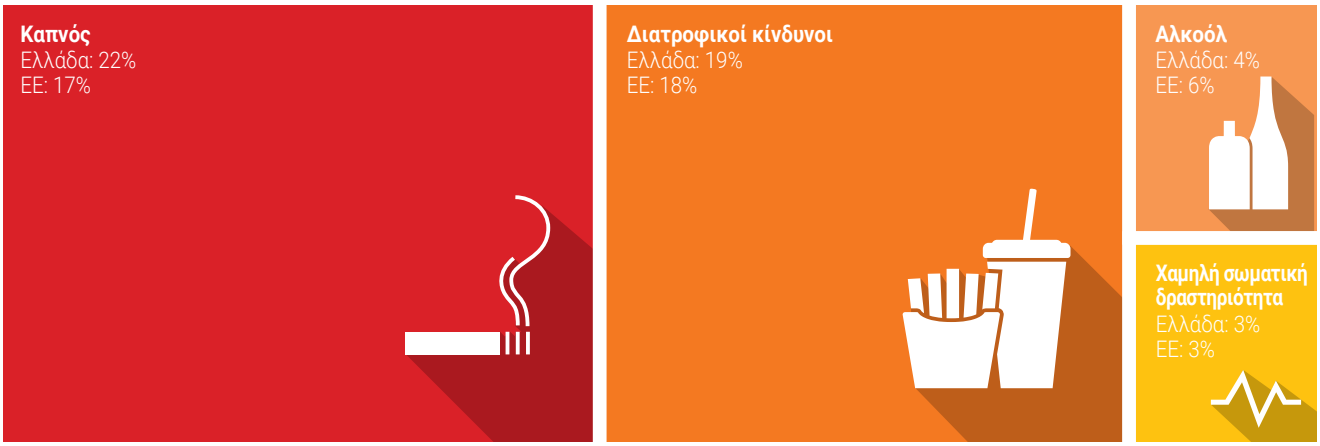
1: Ο δείκτης «έτη υγιούς ζωής» καταμετρά τον αριθμό των ετών που τα άτομα προσδοκούν να ζήσουν χωρίς αναπηρίες σε διάφορες ηλικίες.

3 Παράγοντες κινδύνου

Περισσότεροι από δύο στους πέντε θανάτους μπορούν να αποδοθούν σε συμπεριφορικούς παράγοντες κινδύνου

Σύμφωνα με εκτιμήσεις, το 42 % όλων των θανάτων στην Ελλάδα μπορούν να αποδοθούν σε συμπεριφορικούς παράγοντες κινδύνου (έναντι 39 % στην ΕΕ), συμπεριλαμβανομένων του καπνίσματος, των διατροφικών κινδύνων, της κατανάλωσης αλκοόλ και της χαμηλής σωματικής δραστηριότητας (σχήμα 6). Περίπου το ένα πέμπτο του συνόλου των θανάτων το 2017 οφείλονταν στο κάπνισμα (συμπεριλαμβανομένου τόσο του ενεργητικού όσο και του παθητικού καπνίσματος). Οι διατροφικοί κίνδυνοι (μεταξύ άλλων, η χαμηλή πρόσληψη προϊόντων ολικής άλεσης, φρούτων και λαχανικών και η υψηλή κατανάλωση αλατιού) σε συνδυασμό με τη χαμηλή σωματική δραστηριότητα ευθύνονται για περίπου 21 % των θανάτων, ενώ περίπου 4 % μπορεί να αποδοθεί στην κατανάλωση αλκοόλ.

Σχήμα 6. Η κατανάλωση καπνού και οι διατροφικοί κίνδυνοι αποτελούν σημαντικούς παράγοντες θνησιμότητας



Σημείωση: Ο συνολικός αριθμός θανάτων που συνδέονται μ' αυτούς τους παράγοντες κινδύνου (50 000) είναι μικρότερος από το άθροισμα των θανάτων από κάθε επιμέρους παράγοντα σε μεμονωμένη βάση (58 000), επειδή ο ίδιος θάνατος μπορεί να αποδοθεί σε περισσότερους του ενός παράγοντες κινδύνου. Στους διατροφικούς κινδύνους περιλαμβάνονται 14 συνιστώσες, όπως η χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών και η υψηλή κατανάλωση ζαχαρούχων ποτών.
Πηγή: Ινστιτούτο Μετρήσεων και Αξιολόγησης Υγείας (IHME) (2018), Ανταλλαγή Δεδομένων για την Υγεία (Global Health Data Exchange) (οι εκτιμήσεις αναφέρονται στο 2017).

Οι Έλληνες και οι Ελληνίδες καπνίζουν περισσότερο από τους πληθυσμούς των περισσότερων άλλων χωρών της ΕΕ

Παρότι το ποσοστό των Ελλήνων ενηλίκων που καπνίζουν καθημερινά έχει μειωθεί από το 2000, περισσότεροι από ένας στους τέσσερις (27 %) ανέφεραν ότι κάπνιζαν κάθε μέρα το 2014, που είναι το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό μεταξύ των χωρών της ΕΕ μετά τη Βουλγαρία (σχήμα 7). Όπως και σε πολλές άλλες χώρες, οι Έλληνες είναι πολύ πιθανότερο να καπνίζουν σε σύγκριση με τις Ελληνίδες (34 % έναντι 21 %). Παρότι το κάπνισμα απαγορεύεται στους εσωτερικούς δημόσιους χώρους και η νομοθεσία απαιτεί από τα εστιατόρια να έχουν καθορισμένους χώρους καπνίσματος (ενότητα 5.1), η επιβολή των πολιτικών ελέγχου του καπνίσματος είναι εμφανώς πλημμελής (WHO, 2017). Θετικό στοιχείο είναι ότι, όσον αφορά τους εφήβους, κατά προσέγγιση μόνο ένας στους πέντε εφήβους 15–16 ετών στην Ελλάδα ανέφερε το 2015 ότι είχε καπνίσει τον προηγούμενο μήνα, ποσοστό που έχει μειωθεί την τελευταία δεκαετία και είναι χαμηλότερο σε σύγκριση με πολλές χώρες της ΕΕ.

Τα υψηλά επίπεδα υπερβολικού βάρους και παχυσαρκίας, ιδίως στα παιδιά, αποτελούν σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας

Σχεδόν ένας στους τέσσερις 15χρονους ήταν υπέρβαρος ή παχύσαρκος στην Ελλάδα κατά την περίοδο 2013–2014, ποσοστό υψηλότερο από όλες τις άλλες χώρες της ΕΕ με εξαίρεση τη Μάλτα, και σημαντικά αυξημένο σε σύγκριση με την περίοδο 2001–2002. Τα αγόρια είναι πιο πιθανό να είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα σε σύγκριση με τα κορίτσια. Περισσότεροι από ένας στους έξι ενηλίκους ήταν παχύσαρκοι στην Ελλάδα το 2014. Το ποσοστό παχυσαρκίας των ενηλίκων, που ανέρχεται στο 17 %, είναι υψηλότερο από πολλές άλλες χώρες του ευρωπαϊκού Νότου, όπως η Ιταλία (11 %) και η Κύπρος (14 %)[2].

Αυτά τα υψηλά ποσοστά τόσο στα παιδιά όσο και στους ενηλίκους οφείλονται εν μέρει στην κακή διατροφή και στη χαμηλή σωματική δραστηριότητα. Μόνον οι μισοί από τους ενηλίκους αναφέρουν ότι τρώνε φρούτα και 60 % τρώνε λαχανικά σε καθημερινή βάση, ποσοστό χαμηλότερο από πολλές χώρες της ΕΕ. Επιπλέον, μόνο ένας στους εννέα 15χρονους ανέφερε ότι έκανε τουλάχιστον κάποια ήπια σωματική δραστηριότητα σε καθημερινή βάση κατά την περίοδο 2013–2014. Η αναλογία αυτή ήταν από τις χαμηλότερες μεταξύ των χωρών της ΕΕ. Μια πιο θετική διαπίστωση είναι ότι περισσότερα από τα δύο τρίτα των ενηλίκων ανέφεραν ότι έκαναν τουλάχιστον κάποια ήπια σωματική δραστηριότητα κάθε εβδομάδα το 2014.

2: Το ποσοστό επιπολασμού της παχυσαρκίας (17 %) βασίζεται σε στοιχεία της ευρωπαϊκής έρευνας για την υγεία βάσει ερωτηματολογίου (2014). Οι εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Παρατηρητηρίου Υγείας του ΠΟΥ για την Ελλάδα, δείχνουν σταθερή αύξηση από το 2000 — 24,9 % το 2016 (το όγδοο υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ).

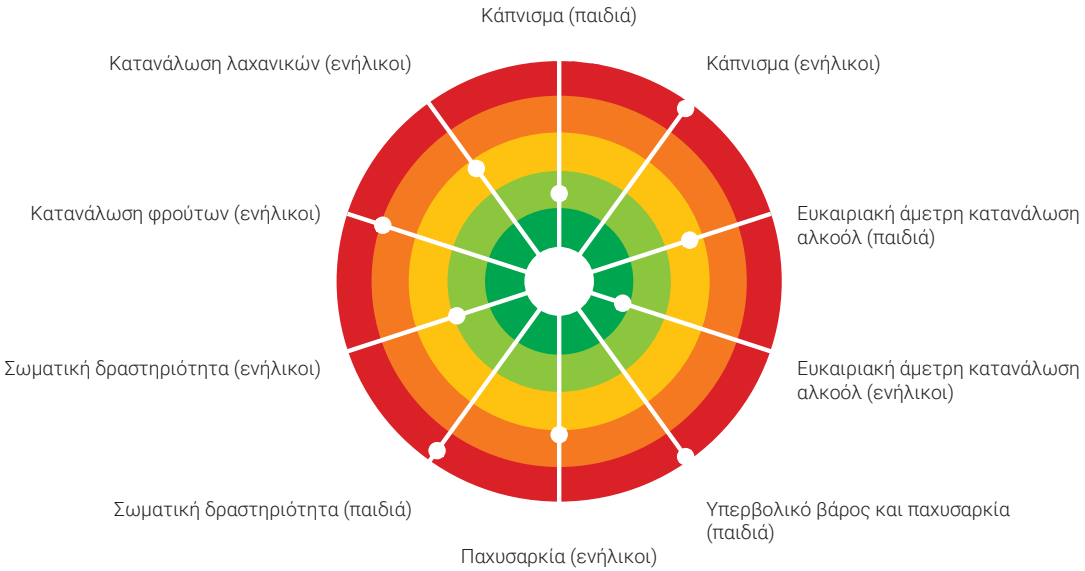
Τα ποσοστά ευκαιριακής άμετρης κατανάλωσης αλκοόλ είναι από τα χαμηλότερα μεταξύ των χωρών της ΕΕ

Σε αντίθεση με την υψηλή κατανάλωση καπνού, μόνο ένας στους δέκα Έλληνες ενηλίκους αναφέρει ότι επιδίδεται σε ευκαιριακή άμετρη κατανάλωση αλκοόλ[3], που είναι από τα χαμηλότερα επίπεδα μεταξύ των χωρών της ΕΕ. Οι άνδρες αναφέρουν ότι επιδίδονται σε ευκαιριακή άμετρη κατανάλωση αλκοόλ συχνότερα από τις γυναίκες (16 % για τους άνδρες και 5 % για τις γυναίκες). Όπως και σε ορισμένες άλλες χώρες, η ευκαιριακή άμετρη κατανάλωση αλκοόλ στους νέους ηλικίας 15–16 ετών έχει αυξηθεί στην Ελλάδα από το 1999, ιδίως στα κορίτσια. Όσον αφορά τα κορίτσια, το ποσοστό αυξήθηκε από 24 % το 1999 σε 34 % το 2015, ενώ για τα αγόρια αυξήθηκε από 41 % σε 43 %. Οι τάσεις αυτές προκαλούν ανησυχία, λαμβανομένου υπόψη του αυξημένου κινδύνου ατυχημάτων και τραυματισμών που συνδέονται με την υπέρμετρη κατανάλωση αλκοόλ.

Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, ιδίως το εισόδημα, ασκούν σημαντική επίδραση στις ανισότητες όσον αφορά την υγεία

Πολλοί συμπεριφορικοί παράγοντες κινδύνου στην Ελλάδα είναι πιο συνηθισμένοι στα άτομα χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου ή εισοδήματος. Το 2014 το 32 % των Ελλήνων ανδρών στο φτωχότερο πεμπτημόριο εισοδήματος κάπνιζε καθημερινά (το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 24 % σε ολόκληρη την ΕΕ), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους Έλληνες με τα υψηλότερα εισοδήματα ήταν 25 % (16 % στην ΕΕ). Ομοίως, ένας στους πέντε ενηλίκους που δεν είχαν ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση είναι παχύσαρκος έναντι ενός στους επτά ενηλίκους που είχαν ολοκληρώσει τριτοβάθμια εκπαίδευση. Αυτός ο υψηλότερος επιπολασμός παραγόντων κινδύνου στις κοινωνικά μειονεκτούσες ομάδες συντελεί στις ανισότητες όσον αφορά την υγεία και το προσδόκιμο ζωής.

Σχήμα 7. Το κάπνισμα και η παχυσαρκία αποτελούν σημαντικές πηγές ανησυχίας για τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα



Σημείωση: 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 στον Σχολικό Μαθητικό Πληθυσμό για τη Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών και Άλλες Εξαρτητικές Ουσίες (ESPAD) του 2015 και την Έρευνα Συμπεριφορών Υγείας των Παιδιών Σχολικής Ηλικίας (HBSC) 2013-14 όσον αφορά τους δείκτες για τα παιδιά και με βάση την Έρευνα της ΕΕ για το Εισόδημα και τις Συνθήκες Διαβίωσης (EU-SILC) 2017, την Ευρωπαϊκή Έρευνα για την Υγεία βάσει Ερωτηματολογίου (EHIS) 2014 και τις Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την Υγεία 2019 όσον αφορά τους δείκτες για τους ενηλίκους.

3: Ως ευκαιριακή άμετρη κατανάλωση αλκοόλ ορίζεται η κατανάλωση έξι ή περισσότερων οινοπνευματωδών ποτών σε μία περίσταση για τους ενηλίκους, και πέντε ή περισσότερων οινοπνευματωδών ποτών για τα παιδιά.

4 Το σύστημα υγείας

Ένας ενιαίος αγοραστής έχει αντικαταστήσει τα πολυάριθμα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης υγείας

Το ελληνικό σύστημα υγείας, το οποίο προηγουμένως ήταν άκρως κατακερματισμένο, έχει μεταβληθεί άρδην τα τελευταία χρόνια (πλαίσιο 1). Το 2011 ιδρύθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) για να διαχειρίζεται ένα ενιαίο ταμείο ασφάλισης υγείας και να ενεργεί ως μοναδικός αγοραστής των χρηματοδοτούμενων από το κράτος υπηρεσιών υγείας που παρέχει το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Ιδιωτικοί πάροχοι είναι επίσης συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ, κυρίως για την παροχή πρωτοβάθμιας και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και διαγνωστικών υπηρεσιών. Το Υπουργείο Υγείας είναι υπεύθυνο για την ευρεία ρύθμιση όλου του συστήματος. Οι περιφερειακές αρχές αναμένεται να διαδραματίζουν ολοένα μεγαλύτερο ρόλο στον συντονισμό της πρωτοβάθμιας φροντίδας· ωστόσο, στην πράξη, δεν διαθέτουν επί του παρόντος ούτε εξουσία ούτε πόρους.

Οι δαπάνες υγείας σημείωσαν ραγδαία πτώση κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης

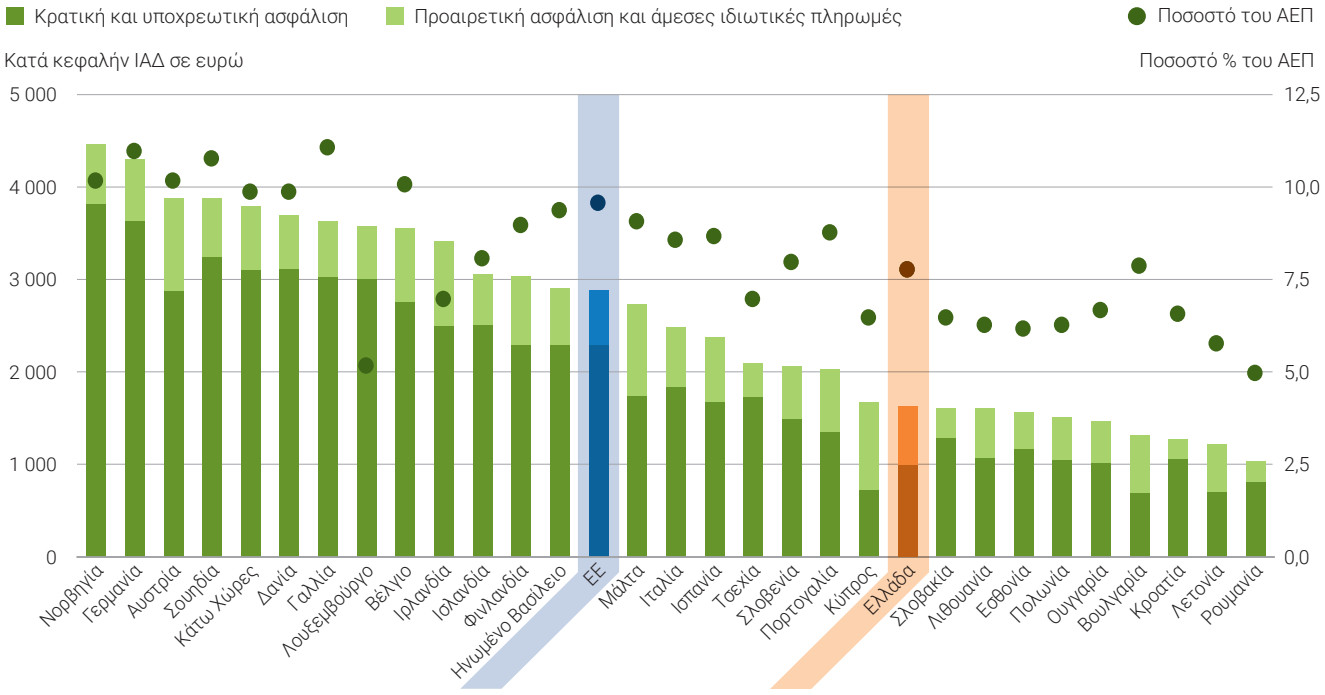
Το 2017 η Ελλάδα διέθεσε 8 % του ΑΕΠ στην υγεία[4]. Το ποσοστό αυτό μεταφράζεται σε ποσό 1 623 ΕΥΡΩ ανά άτομο (προσαρμοσμένο ανάλογα με τις διαφορές στην αγοραστική δύναμη) — αρκετά κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ (2 884 ΕΥΡΩ) (σχήμα 8). Αφού κορυφώθηκαν στα 2 267 ΕΥΡΩ ανά άτομο το 2008, οι δαπάνες υγείας μειώθηκαν σχεδόν κατά ένα τρίτο στη διάρκεια των επόμενων πέντε ετών.

Η πολιτική συγκράτησης των δημόσιων δαπανών για την υγεία, η οποία εφαρμόστηκε στο πλαίσιο του προγράμματος οικονομικής προσαρμογής, καθώς και η σημαντική μείωση των άμεσων ιδιωτικών δαπανών, συνέβαλαν στην πτώση αυτή. Ειδικότερα, η σπατάλη δαπανών για φάρμακα, η οποία το 2009 κατείχε την υψηλότερη θέση στην ΕΕ, μειώθηκε κατά ένα τρίτο, επιτυγχάνοντας εξοικονόμηση άνω των 2 δισ. ΕΥΡΩ στον τομέα αυτόν κατά την περίοδο από το 2011 έως το 2014 (βλ. ενότητα 5.3).

Πλαίσιο 1. Δέκα χρόνια συνεχών μεταρρυθμίσεων του συστήματος υγείας

Η οικονομική κρίση και μια σειρά προγραμμάτων οικονομικής προσαρμογής (ΠΟΠ) κατά την περίοδο 2010–2018 επέβαλαν στην Ελλάδα την υλοποίηση εκτενών διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων προσανατολισμένων στην αποδοτικότητα. Μια ρηξικέλευθη μεταρρύθμιση ήταν η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ ως ενιαίου ασφαλιστικού φορέα και αγοραστή. Επιπλέον, τέθηκαν σε εφαρμογή εκτενή μέτρα στον φαρμακευτικό τομέα, για την τροποποίηση των μεθόδων και των κατευθυντήριων γραμμών που αφορούν την αγορά, την τιμολόγηση και την αποζημίωση των εξόδων, καθώς και τη συνταγογράφηση. Ένας νέος μηχανισμός Αξιολόγησης Τεχνολογιών Υγείας (ΗΤΑ) θεσμοθετήθηκε πρόσφατα και το σύστημα πληρωμών βάσει ομοειδών διαγνωστικών ομάδων για τα νοσοκομεία θα αναπτυχθεί τα επόμενα πέντε έτη. Επίσης, επί του παρόντος βρίσκεται σε εξέλιξη μια εκτεταμένη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Σχήμα 8. Οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα είναι περίπου κατά 45 % χαμηλότερες από τον μέσο όρο της ΕΕ



Πηγή: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την Υγεία 2019 (τα στοιχεία αφορούν το 2017).

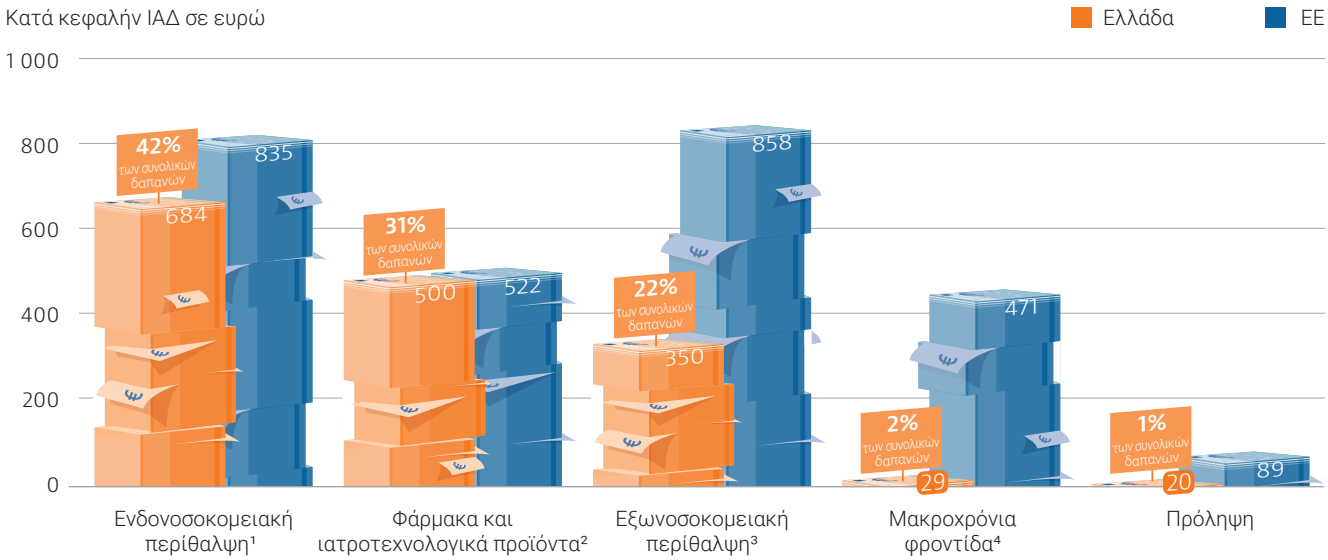
4: Στο ποσό αυτό δεν περιλαμβάνονται οι δαπάνες που προκύπτουν από τον εφαρμοζόμενο μηχανισμό αυτόματης επιστροφής (clawback), με τον οποίο διοχετεύεται επιπλέον 1 % του ΑΕΠ στην υγειονομική περίθαλψη.

Το 2017 οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία ανήλθαν σε κατά τι λιγότερο από το 5 % του ΑΕΠ. Ωστόσο, η πραγματική αξία της δημόσιας παροχής είναι υψηλότερη απ' αυτήν που αποτυπώνεται στα επίσημα αριθμητικά στοιχεία — και αντιστοιχεί σε επιπλέον 1 % του ΑΕΠ σε δημόσιες δαπάνες υγείας. Αυτό οφείλεται στον μηχανισμό αυτόματης επιστροφής (clawback), ο οποίος εφαρμόζεται σε μεγάλο μέρος του προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ, βάσει του οποίου ο δημόσιος πληρωτής μπορεί να παρέχει περισσότερα αγαθά και υπηρεσίες για να καλύψει τις ανάγκες, ενώ το κόστος που υπερβαίνει τα ανώτατα όρια δαπανών ανακτάται από τους παρόχους (βλ. ενότητα 5.3).

Η οικονομική στήριξη που χορηγήθηκε από τα Ευρωπαϊκά Διαρθρωτικά και Επενδυτικά Ταμεία (ΕΔΕΤ) και το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΕΤΠΑ) έχει διαδραματίσει πολύ σημαντικό ρόλο στον τομέα της υγείας. Κατά τον κύκλο χρηματοδότησης για την περίοδο 2014–2020, εκτιμάται ότι διατέθηκαν 545 εκατομμύρια ΕΥΡΩ για την υλοποίηση μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, εκ των οποίων τα μισά δαπανήθηκαν για την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας (ΠΟΥ, Περιφερειακό γραφείο για την Ευρώπη, 2019α).

Το 2017 το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών (42 %) διατέθηκε για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, ενώ ακολουθούν τα φάρμακα (31 %) και η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (22 %) (σχήμα 9.) Περίπου το ήμισυ των δαπανών για φάρμακα και υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και το ένα τέταρτο των δαπανών για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη προέρχονται από άμεσες ιδιωτικές πληρωμές (ενότητα 5.2). Η Ελλάδα δαπανά συγκριτικά ελάχιστους πόρους για προληπτική φροντίδα, μόλις 20 ΕΥΡΩ ανά άτομο (έναντι 89 ΕΥΡΩ που είναι ο μέσος όρος της ΕΕ) ή 1,3 % των δαπανών υγείας, ποσοστό που την κατατάσσει, μαζί με την Κύπρο και τη Σλοβακία, μεταξύ των τελευταίων τριών κρατών μελών.

Σχήμα 9. Οι δαπάνες για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη εξακολουθούν να αντιπροσωπεύουν τη μερίδα του λέοντος στην Ελλάδα



Σημειώσεις: Δεν περιλαμβάνονται οι διοικητικές δαπάνες. 1 Περιλαμβάνονται η θεραπευτική φροντίδα και η φροντίδα αποκατάστασης σε νοσοκομεία και άλλες δομές. 2 Περιλαμβάνεται μόνο η αγορά εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. 3 Περιλαμβάνεται η κατ' οίκον περίθαλψη. 4 Περιλαμβάνεται μόνο το σκέλος που αφορά την υγεία.
Πηγές: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την Υγεία 2019, βάση δεδομένων της Eurostat (τα στοιχεία αφορούν το 2017).

Πολύ μεγάλο ποσοστό των δαπανών προέρχεται από τα νοικοκυριά, συμπεριλαμβανομένων των άτυπων πληρωμών

Συνολικά, στην Ελλάδα μόνο το 61 % των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη προέρχεται από δημόσιες πηγές (σχήμα 8), ενώ το 35 % χρηματοδοτείται απευθείας από τα νοικοκυριά (το τέταρτο μεγαλύτερο ποσοστό στην ΕΕ). Το ποσοστό αυτό κυμάνθηκε ανάμεσα στο 28 % το 2010, που ήταν το χαμηλότερο σημείο, έως το 37 % το 2014, που ήταν το υψηλότερο σημείο. Τα υψηλά επίπεδα επιμερισμού του κόστους πηγάζουν σε μεγάλο βαθμό από την προκλητή ζήτηση (ζήτηση που υποκινείται από την προσφορά) και οφείλονται κυρίως στις συμμετοχές των ασφαλισμένων για τα φάρμακα και στις άμεσες πληρωμές για υπηρεσίες που δεν περιλαμβάνονται στη δέσμη παροχών, επισκέψεις σε ειδικούς ιατρούς, νοσηλευτική περίθαλψη, καθώς και οδοντιατρική περίθαλψη (βλ. επίσης σχήμα 15). Επιπλέον, οι άτυπες πληρωμές αντιπροσωπεύουν περισσότερο από το ένα τέταρτο των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών, γεγονός που εγείρει σοβαρές ανησυχίες όσον αφορά την ισότητα και τα εμπόδια πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (WHO, Regional Office for Europe, 2018). Η προαιρετική ασφάλιση υγείας διαδραματίζει μόνον ήσσονος σημασίας ρόλο και αντιπροσώπευε το 4 % των συνολικών δαπανών υγείας το 2017.

Έχει θεσμοθετηθεί η καθολική κάλυψη

Η κάλυψη του πληθυσμού στην Ελλάδα συνδεόταν κυρίως με το καθεστώς απασχόλησης μέσω της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Ο ασφαλισμένος έχει πρόσβαση σε ενοποιημένη δέσμη παροχών, η οποία περιλαμβάνει πρωτοβάθμια φροντίδα, διαγνωστικές εξετάσεις, εξειδικευμένη εξωνοσοκομειακή και ενδονοσοκομειακή περίθαλψη.
Από το 2012, προκειμένου να αντιμετωπιστεί η προκλητή ζήτηση, επιβλήθηκαν στους ιατρούς όρια στον αριθμό των αποζημιούμενων από τον ΕΟΠΥΥ καθημερινών, εβδομαδιαίων και μηνιαίων επισκέψεων. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις, η επιβολή των ορίων αυτών μπορεί να είχε ως αποτέλεσμα οι ασθενείς να καθυστερούν την αναζήτηση φροντίδας, να στρέφονται σε εναλλακτικό πάροχο ή να πληρώνουν απευθείας την επίσκεψη με άμεση πληρωμή, είτε επίσημα είτε «κάτω από το τραπέζι» (ενότητα 5.2).

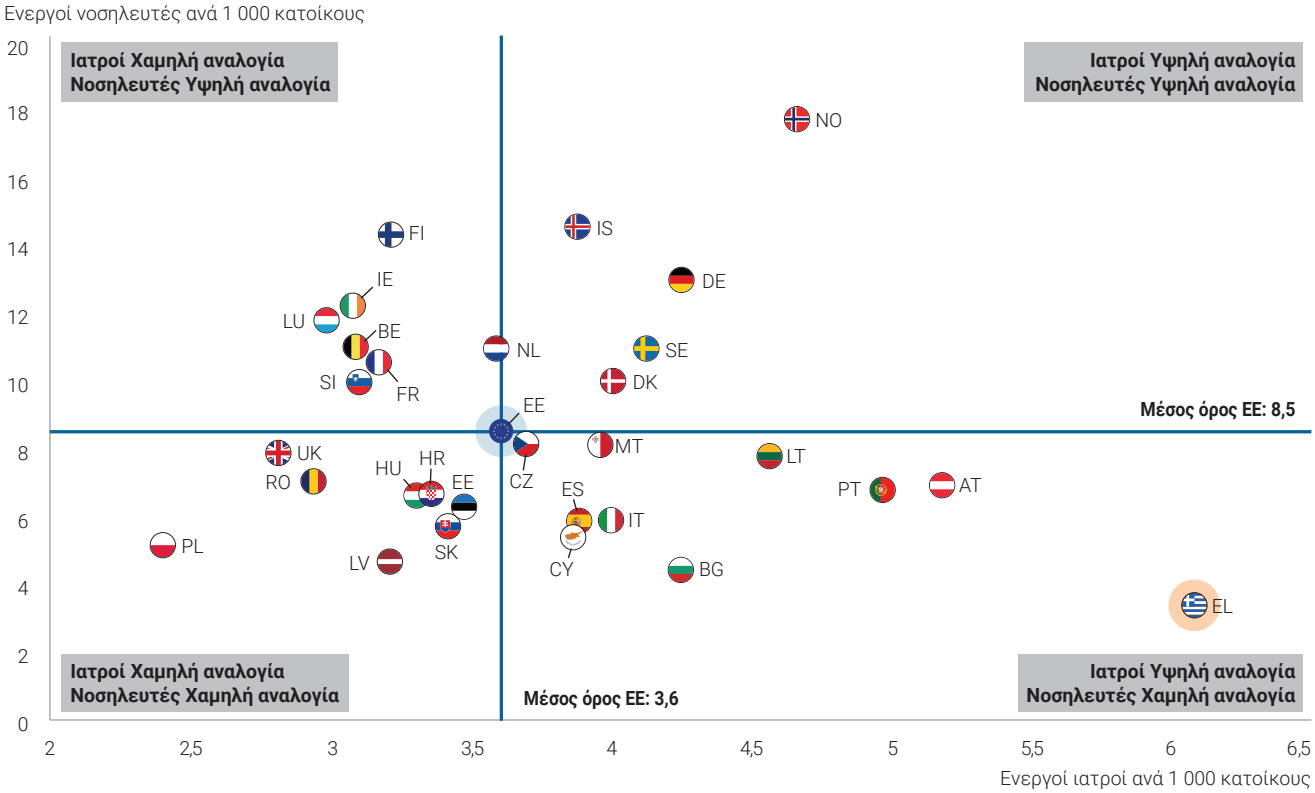
Η οικονομική κρίση ανέδειξε το μεγάλο κενό στην πληθυσμιακή κάλυψη για τους ανέργους και τα εξαρτώμενα μέλη τους, με περισσότερα από 2 εκατομμύρια άτομα να μην μπορούν να έχουν πρόσβαση στις χρηματοδοτούμενες από το κράτος υπηρεσίες έως το 2015. Ύστερα από σειρά νομοθετικών και διοικητικών προσπαθειών που ξεκίνησαν το 2013, το πρόβλημα αυτό επιλύθηκε με επιτυχία το 2016, όταν διατέθηκε επιπλέον χρηματοδότηση για την κάλυψη προηγουμένως ανασφάλιστων ομάδων κατοίκων και εγγεγραμμένων μεταναστών για υπηρεσίες που παρέχονται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (βλ. πλαίσιο 3 στην ενότητα 5.2). Η Ελλάδα προσφέρει πλέον καθολική κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης.

Το ανθρώπινο δυναμικό και οι εγκαταστάσεις στον τομέα της υγείας συγκεντρώνονται σε δυσανάλογο βαθμό στις αστικές περιοχές

Μέχρι σήμερα, η Ελλάδα δεν διαθέτει μηχανισμούς που να επιτρέπουν τον επαρκή σχεδιασμό και τη βέλτιστη κατανομή των υλικών και των ανθρώπινων πόρων. Οι υπηρεσίες είναι σε πολύ μεγάλο βαθμό συγκεντρωμένες στις μεγάλες πόλεις, ενώ στις αγροτικές περιοχές παρατηρούνται ελλείψεις τόσο σε επίπεδο εξειδικευμένου προσωπικού όσο και σε επίπεδο εγκαταστάσεων. Το 2017 υπήρχαν 4,2 νοσοκομειακές κλίνες ανά 1 000 κατοίκους — λίγο κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ (5,0).

Παρατηρείται επίσης έντονη ανισορροπία στην κατανομή του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας, τόσο από γεωγραφική άποψη όσο και από την άποψη του μείγματος δεξιοτήτων. Η Ελλάδα έχει τον υψηλότερο αριθμό ιατρών και ταυτόχρονα τον χαμηλότερο αριθμό νοσηλευτών ανά 1 000 κατοίκους στην ΕΕ (σχήμα 10)[5]. Επιπλέον, η αναλογία των γενικών ιατρών είναι μόλις 1 στους 16 ιατρούς στην Ελλάδα, έναντι 1 στους 4 κατά μέσο όρο στην ΕΕ.

Σχήμα 10. Παρατηρείται έντονη ανισορροπία όσον αφορά τους διαθέσιμους ιατρούς σε σύγκριση με τους νοσηλευτές



Σημείωση: Στην Πορτογαλία και στην Ελλάδα, τα στοιχεία αναφέρονται σε όλους τους ιατρούς με άδεια άσκησης επαγγέλματος, οδηγώντας σε σημαντική υπερεκτίμηση του αριθμού (π.χ. περίπου 30 % στην Πορτογαλία). Για την Αυστρία και την Ελλάδα ο αριθμός των νοσηλευτών είναι υποεκτιμημένος, καθώς περιλαμβάνει μόνο όσους εργάζονται σε νοσοκομείο.
Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat (τα στοιχεία αφορούν το 2017 ή το πλησιέστερο έτος).

5: Αν και υπάρχουν προβλήματα συγκρισιμότητας δεδομένων που οδηγούν σε υπερεκτίμηση του αριθμού των ιατρών στην Ελλάδα.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα έχει επεκταθεί με γρήγορους ρυθμούς, όμως η πρόοδος ενδέχεται να καθυστερήσει λόγω έλλειψης γενικών ιατρών

Για το ελληνικό σύστημα υγείας που εστιάζεται σε πολύ μεγάλο βαθμό στους ειδικούς ιατρούς, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας έχει αναδειχθεί σε προαπαιτούμενο για τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της πρόσβασης (ενότητα 5.3) και σε βασικό επίκεντρο των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της παροχής των σχετικών υπηρεσιών. Από τα τέλη του 2017 έχει αναπτυχθεί σταδιακά ένα ολοκληρωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας, καθώς και μηχανισμός υποχρεωτικής παραπομπής στους ειδικούς ιατρούς μέσω του γενικού ιατρού (gatekeeping), με την ίδρυση μικρότερων τοπικών μονάδων υγείας και μεγαλύτερων κέντρων υγείας. Οι δομές αυτές προσφέρουν από κοινού πλήρες φάσμα υπηρεσιών, το οποίο περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, την πρωτοβάθμια φροντίδα, εξειδικευμένες εξωνοσοκομειακές και διαγνωστικές υπηρεσίες, οδοντιατρική περίθαλψη, φροντίδα της μητέρας και του παιδιού, βασική επείγουσα περίθαλψη και προληπτικές δραστηριότητες. Το καλοκαίρι του 2019 περίπου οι μισές από τις σχεδιαζόμενες εγκαταστάσεις λειτουργούσαν, κυρίως σε αστικές ή ημιαστικές περιοχές. Η μεγαλύτερη πρόκληση αυτή τη στιγμή είναι η προσέλκυση αρκετών γενικών ιατρών προκειμένου να επιτευχθεί η επέκταση.

Επειδή η πρωτοβάθμια φροντίδα βρίσκεται σε αυτό το μεταβατικό στάδιο, η λειτουργία του μηχανισμού υποχρεωτικών παραπομπών (gatekeeping) έχει αναβληθεί. Η παραπομπή σε ειδικό ιατρό δεν είναι ακόμη υποχρεωτική και οι πολίτες εξακολουθούν να μπορούν να έχουν απευθείας πρόσβαση σε υπηρεσίες ειδικών ιατρών, ανεξάρτητα από το αν έχουν εγγραφεί σε γενικό ιατρό. Η απευθείας πρόσβαση σε ειδικούς ιατρούς θα καταργηθεί σταδιακά, με την προσδοκία ότι οι γενικοί ιατροί θα γίνουν το πρώτο σημείο επαφής για όλους τους κατοίκους.

5 Απόδοση του συστήματος υγείας

5.1. Αποτελεσματικότητα

Η εστίαση της προσοχής στην πρόληψη και την αποτελεσματική θεραπεία θα μπορούσε να συμβάλει στη μείωση των αποτρέψιμων θανάτων

Η Ελλάδα εξακολουθεί να έχει χαμηλότερη θνησιμότητα από προλαμβανόμενες αιτίες σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ και παρόμοιο επίπεδο θνησιμότητας από θεραπεύσιμες αιτίες με τον μέσο όρο της ΕΕ (σχήμα 11). Οι πρόωροι θάνατοι από καρδιαγγειακές παθήσεις (ισχαιμική καρδιοπάθεια, εγκεφαλικό επεισόδιο και υπέρταση) αντιπροσωπεύουν το ένα τέταρτο του συνόλου των θανάτων από προλαμβανόμενες αιτίες και 38 % των θανάτων από θεραπεύσιμες αιτίες. Αυτό οφείλεται εν μέρει σε 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. Η Ελλάδα βρίσκεται ακόμη στο στάδιο ανάπτυξης ενός ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας (ενότητα 4) με στόχο την παροχή αποτελεσματικής, έγκαιρης και συντονισμένης θεραπευτικής αγωγής σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις.

Όσον αφορά τις άλλες προλαμβανόμενες αιτίες, το 30 % των θανάτων το 2016 οφείλονταν σε καρκίνο του πνεύμονα, ποσοστό που αντικατοπτρίζει τις επιπτώσεις των πολύ υψηλών ποσοστών καπνίσματος. Παρότι δεσμεύονται από την οδηγία της ΕΕ για τον καπνό και την αρκετά περιεκτική νομοθεσία περί ελέγχου του καπνού, οι περισσότερες εγκαταστάσεις στην Ελλάδα δεν έχουν συμμορφωθεί δεόντως με την απαίτηση διασφάλισης ενός περιβάλλοντος χωρίς καπνό (WHO, 2017). Ο επιπολασμός του καπνίσματος έχει σημειώσει κάποια μείωση (ενότητα 3), η οποία έχει συνδεθεί με την αύξηση των τιμών των τσιγάρων σε συνδυασμό με τη δραστική μείωση των εισοδημάτων των νοικοκυριών, ωστόσο η διοργάνωση αποτελεσματικών αντικαπνιστικών εκστρατειών και η διασφάλιση της συμμόρφωσης με την ισχύουσα νομοθεσία δεν φαίνεται να αποτελούν πολιτικές προτεραιότητες.

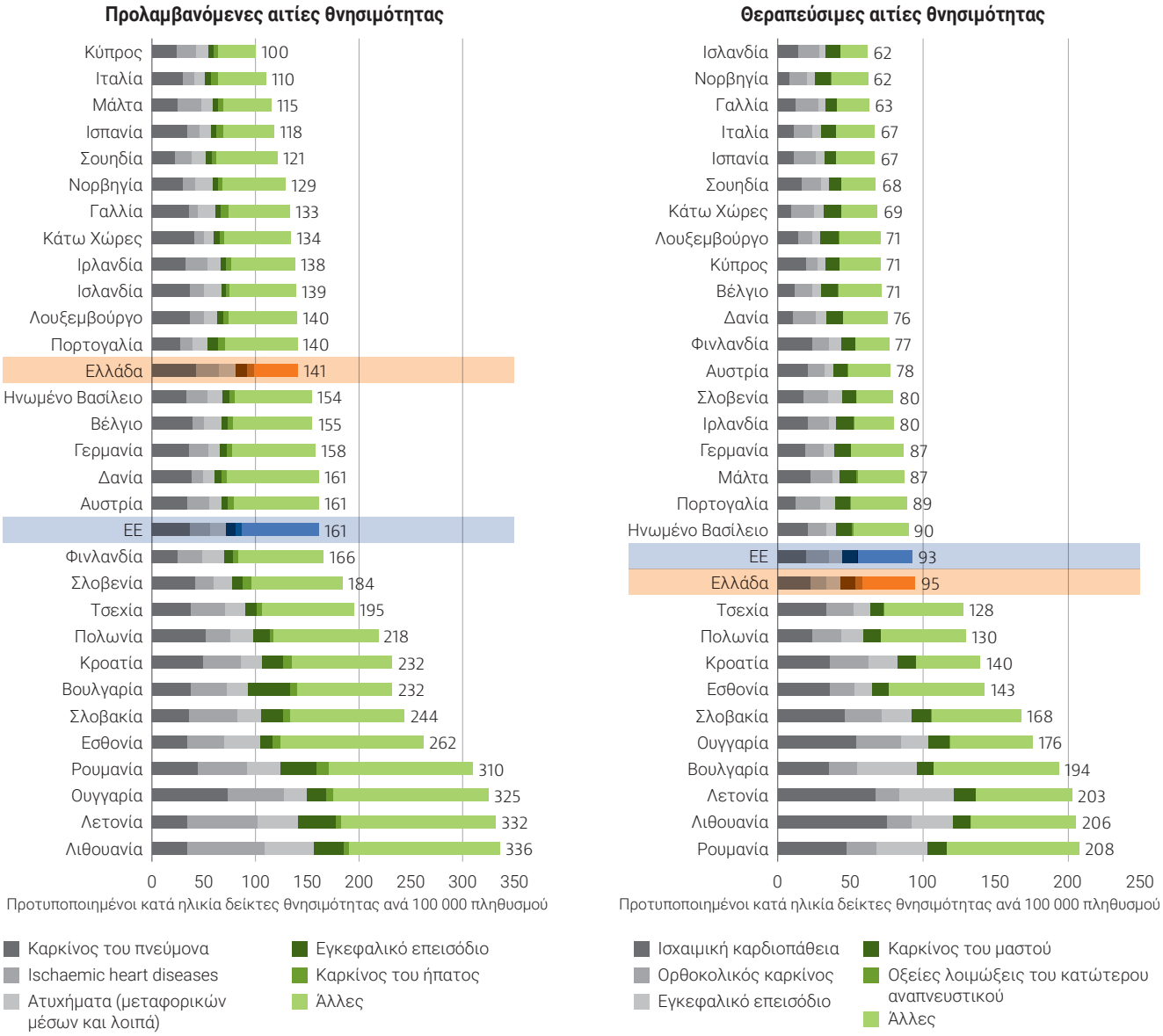
Η Ελλάδα είναι γνωστή για την υψηλή θνησιμότητα από τραυματισμούς που οφείλονται σε τροχαία ατυχήματα. Το 2016 είχε το έκτο μεγαλύτερο ποσοστό θνητότητας στην ΕΕ — 9 ανά 100 000 κατοίκους, έναντι 6 ανά 100 000 κατοίκους που ήταν ο μέσος όρος της ΕΕ. Τα τελευταία 10 χρόνια έχει σημειωθεί κατακόρυφη πτώση των θανάτων από τραυματισμούς που οφείλονται σε τροχαία ατυχήματα, η οποία έχει συνδεθεί με τη στροφή προς φθηνότερους τρόπους μεταφοράς και την κατά 50 % άνοδο της τιμής του πετρελαίου κατά τη διάρκεια της κρίσης· ωστόσο, αυτή η κάμψη έχει παραμείνει στάσιμη από το 2014.

Η θνησιμότητα από θεραπεύσιμες αιτίες το 2016 ήταν λίγο μεγαλύτερη από τον μέσο όρο της ΕΕ (95 και 93 ανά 100 000 κατοίκους, αντίστοιχα). Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις που μαρτυρούν ότι η πτώση των ποσοστών θνησιμότητας από θεραπεύσιμες αιτίες στην Ελλάδα κατά τη δεκαετία του 2000 έχει αντιστραφεί τόσο για τις γυναίκες όσο και για τους άνδρες (Karanikolos et al., 2018). Στις πιθανές εξηγήσεις περιλαμβάνονται η μειωμένη χρηματοδότηση για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και τα συστημικά προβλήματα που προϋπήρχαν της κρίσης, όπως ο κατακερματισμός της κάλυψης, η ανεπαρκώς ανεπτυγμένη πρωτοβάθμια φροντίδα, η έλλειψη μηχανισμών παραπομπής και η απουσία συντονισμού μεταξύ των προγραμμάτων περίθαλψης.

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο δεν είναι συστηματικός και η προσφυγή σ' αυτόν επηρεάζεται σημαντικά από το μορφωτικό επίπεδο

Οι θεραπεύσιμοι καρκίνοι (καρκίνος του μαστού, ορθοκολικός καρκίνος και καρκίνος του τραχήλου της μήτρας) αντιπροσωπεύουν το ένα τέταρτο των θανάτων από θεραπεύσιμες αιτίες (σχήμα 11). Δεν υπάρχουν προγράμματα που βασίζονται στον πληθυσμό ούτε προγράμματα συστηματικού προσυμπτωματικού ελέγχου, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται ανισότητες σε επίπεδο προληπτικού ελέγχου. Για παράδειγμα, το 2014 ποσοστό 76 % της ομάδας-στόχου

Σχήμα 11. Η προλαμβανόμενη θνησιμότητα στην Ελλάδα είναι καλύτερη σε σύγκριση με άλλες χώρες της ΕΕ, ωστόσο δεν συμβαίνει το ίδιο με τη θνησιμότητα από θεραπεύσιμες αιτίες



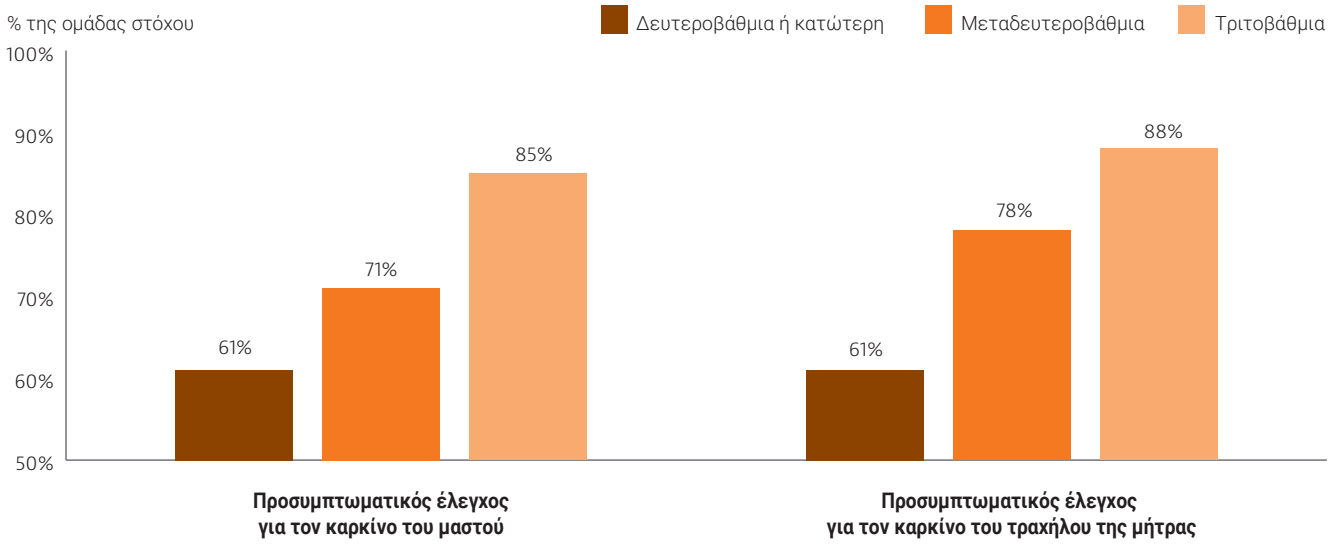
Σημείωση: Ως προλαμβανόμενη θνησιμότητα ορίζεται ο θάνατος που μπορεί να αποφευχθεί κυρίως μέσω παρεμβάσεων δημόσιας υγείας και πρωτογενούς πρόληψης. Ως θνησιμότητα από θεραπεύσιμες αιτίες ορίζεται ο θάνατος που μπορεί να αποφευχθεί κυρίως μέσω παρεμβάσεων υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων του προσυμπτωματικού ελέγχου και της αγωγής. Και οι δύο δείκτες αναφέρονται στην πρόωρη θνησιμότητα (κάτω των 75 ετών). Τα στοιχεία βασίζονται στους αναθεωρημένους καταλόγους του ΟΟΣΑ και της Eurostat.
Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat (τα στοιχεία αφορούν το 2016).

είχε υποβληθεί σε προσυμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας κατά τα προηγούμενα τρία έτη (έναντι 66 % στην ΕΕ), όμως εξετάστηκαν εννέα στις δέκα γυναίκες που είχαν ολοκληρώσει τριτοβάθμια εκπαίδευση, συγκριτικά με έξι στις δέκα γυναίκες που δεν είχαν ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Ομοίως, 60 % των γυναικών ηλικίας 50-69 ετών είχε υποβληθεί σε μαστογραφία (ποσοστό παρόμοιο με τον μέσο όρο της ΕΕ), ωστόσο είχαν εξεταστεί περισσότερες από τέσσερις στις πέντε γυναίκες με τριτοβάθμια εκπαίδευση έναντι τριών στις πέντε γυναίκες που δεν είχαν ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (σχήμα 12). Παρατηρείται επίσης έλλειψη δεδομένων καλής ποιότητας σχετικά με το άχθος του καρκίνου στην Ελλάδα, καθώς η απουσία εθνικού μητρώου καρκίνου δεν επιτρέπει τη διαμόρφωση αξιόπιστων εκτιμήσεων σχετικά με τα ποσοστά επιβίωσης των ενηλίκων από θεραπεύσιμες και άλλες μορφές καρκίνου.

Τα ποσοστά εμβολιασμού είναι υψηλότερα σε σύγκριση με την ΕΕ

Η Ελλάδα εφαρμόζει εθνικό πρόγραμμα ανοσοποίησης, με την κάλυψη του εμβολιασμού να υπερβαίνει τους μέσους όρους της ΕΕ (σχήμα 13) και το κατώτατο όριο του 95 % που συνιστάται από τον ΠΟΥ για τη διατήρηση της συλλογικής ανοσίας. Ωστόσο, η πρόσφατη έξαρση της ιλαράς δείχνει ότι υπάρχουν κενά όσον αφορά την κάλυψη (πλαίσιο 2). Παρότι η κάλυψη των ηλικιωμένων με το εμβόλιο της γρίπης είναι υψηλότερη από τον μέσο όρο της ΕΕ, είναι χαμηλότερη από τον στόχο του 75 % που έχει θέσει ο ΠΟΥ.

Σχήμα 12. Το μορφωτικό επίπεδο αποτελεί σημαντικό παράγοντα όσον αφορά την προσφυγή στον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο

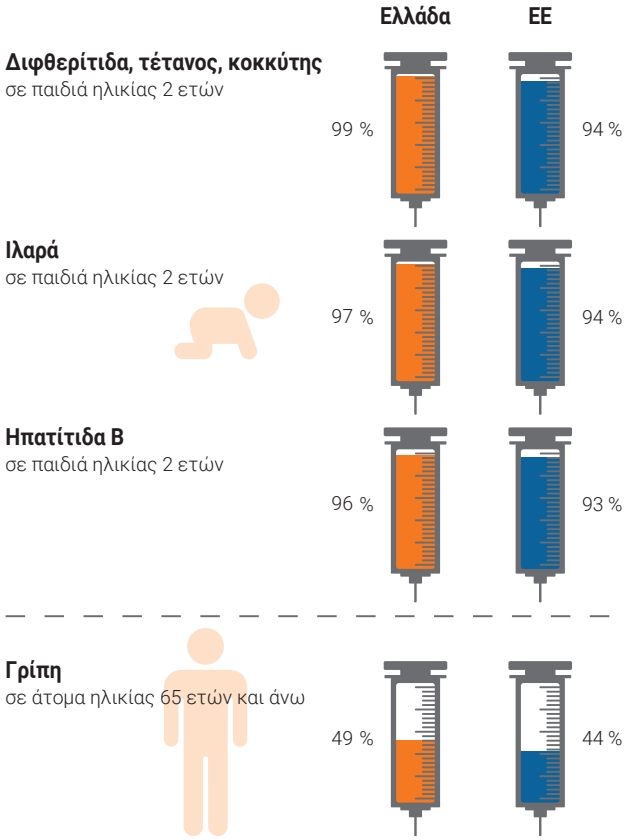


Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat (τα στοιχεία αφορούν το 2014).

Πλαίσιο 2. Η Ελλάδα διατηρεί τα υψηλά ποσοστά παιδικού εμβολιασμού, ωστόσο εμφανίζονται κενά

Τα εμβόλια που περιλαμβάνονται στο εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμού της Ελλάδας χορηγούνται δωρεάν για όλους τους νόμιμους κατοίκους, συμπεριλαμβανομένων των αιτούντων άσυλο. Η ανοσοποίηση συνιστάται, ωστόσο για την εγγραφή των μαθητών στα νηπιαγωγεία και στα δημοτικά σχολεία απαιτείται εμβολιασμός σύμφωνα με το εθνικό πρόγραμμα, οπότε, στην ουσία, ο εμβολιασμός καθίσταται υποχρεωτικός για τα παιδιά (Rechel, Richardson & McKee, 2018). Παρότι τα ποσοστά χορήγησης της πρώτης δόσης ορισμένων παιδικών εμβολίων είναι υψηλά, οι εκτιμήσεις όσον αφορά τις επαναληπτικές δόσεις είναι χαμηλότερες — για παράδειγμα, η κάλυψη με τη δεύτερη δόση του εμβολίου ιλαράς, παρωτίτιδας και ερυθράς (MMR) πέφτει στο 83 %, έναντι 97 % για την πρώτη δόση. Κατά την περίοδο 2017–2018 εκδηλώθηκε στην Ελλάδα επιδημική έξαρση ιλαράς που έπληξε περισσότερα από 3 000 άτομα — κυρίως παιδιά Ρομά, των οποίων η κάλυψη είναι, ως γνωστόν, πολύ χαμηλή. Κυρίως, όμως, 3 στα 10 άτομα που μολύνθηκαν ήταν Έλληνες υπήκοοι που δεν ανήκαν σε μειονότητα, ως επί το πλείστον νέοι ενήλικοι, και 4 % ήταν εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας (Georgakopoulou, 2018), γεγονός που δείχνει ότι τα κενά στην κάλυψη του εμβολιασμού δεν περιορίζονται στις εθνοτικές μειονότητες.

Σχήμα 13. Η Ελλάδα καταγράφει υψηλά ποσοστά εμβολιασμού για πολλά παιδικά εμβόλια



Σημείωση: Τα στοιχεία αφορούν την τρίτη δόση των εμβολίων για διφθερίτιδα, τέτανο, κοκκύτη και ηπατίτιδα Β και την πρώτη δόση του εμβολίου κατά της ιλαράς.
Πηγή: ΠΟΥ/UNICEF Αποθετήριο Δεδομένων για Παιδιά του Παρατηρητηρίου Παγκόσμιας Υγείας (τα στοιχεία αφορούν το 2018)· στατιστικές του ΟΟΣΑ για την υγεία 2019 και βάση δεδομένων της Eurostat για άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω (τα στοιχεία αφορούν το 2018 ή το πλησιέστερο έτος).

Δεν υπάρχουν συστήματα παρακολούθησης της ασφάλειας των ασθενών και της ποιότητας της περίθαλψης

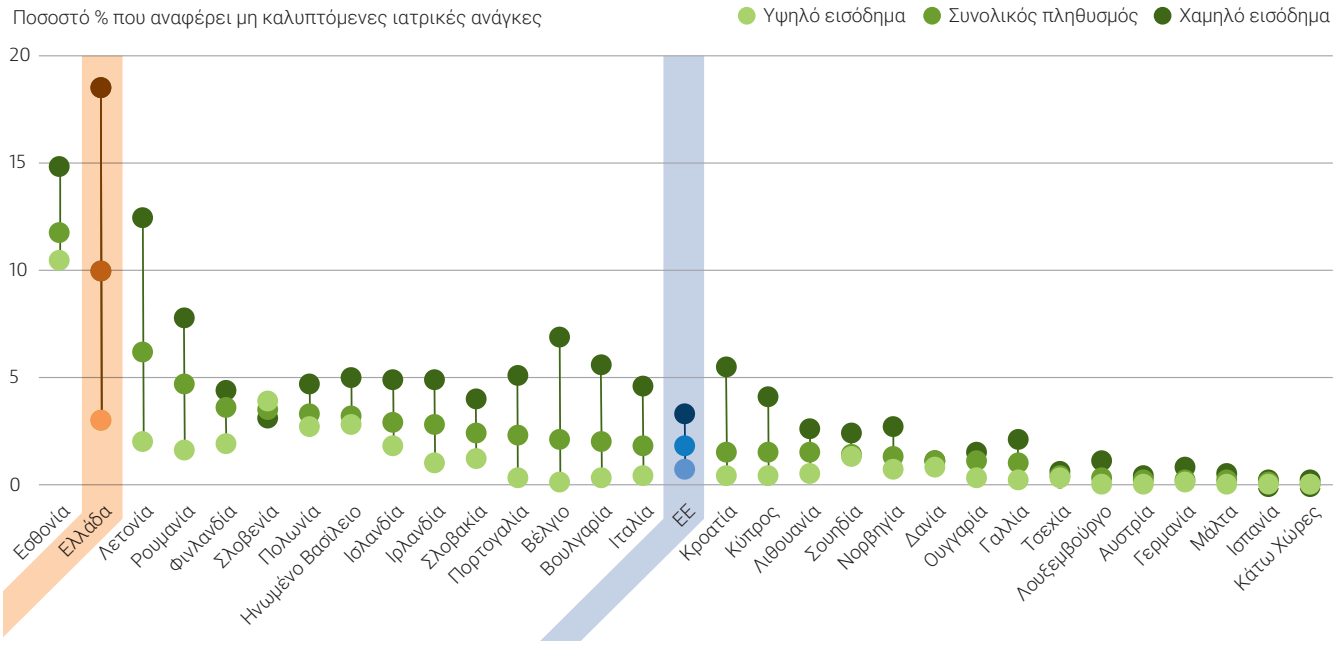
Η Ελλάδα δεν διαθέτει διεθνώς συγκρίσιμα δεδομένα για βασικούς δείκτες ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, όπως αποτρέψιμες νοσηλείες, καθώς και θνησιμότητα έπειτα από εισαγωγή στο νοσοκομείο για ορισμένες παθήσεις. Καθώς η πρωτοβάθμια φροντίδα αναπτύσσεται σε όλη τη χώρα, αναμένεται ότι η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στον τομέα αυτόν θα βελτιωθεί σταδιακά, εφόσον η υλοποίηση είναι επιτυχής και διατεθούν επαρκείς πόροι (ενότητα 5.3).

Όσον αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη, υπάρχουν μακροχρόνια προβλήματα λόγω των υψηλών επιπέδων λοιμώξεων που σχετίζονται με τους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, με έναν στους δέκα ασθενείς να αναπτύσσει τέτοια λοίμωξη (το υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ και διπλάσιο από τον μέσο όρο της ΕΕ· Suetens et al., 2018). Επιπλέον, η Ελλάδα έχει το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό λοιμώξεων με ανθεκτικά στα αντιβιοτικά βακτήρια στην ΕΕ (μετά την Ιταλία), με αποτέλεσμα περισσότερους από 1 600 θανάτους ανά έτος (Cassini et al., 2019). Για την αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης, το Υπουργείο Υγείας συνεργάστηκε με ιατρικούς συλλόγους για την κατάρτιση και τη διάδοση κλινικών κατευθυντήριων γραμμών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης.

5.2. Προσβασιμότητα

Το 2017 η Ελλάδα είχε το δεύτερο υψηλότερο επίπεδο αυτοναφερόμενων μη καλυπτόμενων αναγκών ιατρικής περίθαλψης στην ΕΕ (μετά την Εσθονία), αφού ένα στα δέκα νοικοκυριά ανέφερε ότι δεν είχε δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας όταν τις χρειαζόταν (σχήμα 14). Μη καλυπτόμενες ανάγκες αναφέρθηκαν επίσης από σχεδόν ένα στα πέντε νοικοκυριά στο φτωχότερο πεμπτημόριο εισοδήματος, αλλά μόλις από το 3 % των πλουσιότερων νοικοκυριών, γεγονός που αποκαλύπτει το μεγαλύτερο χάσμα όσον αφορά την εισοδηματική ανισότητα στην Ευρώπη. Μια πιο θετική εξέλιξη είναι ότι το 2017 ήταν το πρώτο έτος κατά το οποίο το συνολικό επίπεδο μη καλυπτόμενων αναγκών σημείωσε πτώση, ύστερα από συνεχή αύξηση για έξι συναπτά έτη.

Σχήμα 14. Παρά την πρόσφατη κάμψη, τα επίπεδα μη καλυπτόμενων αναγκών και ανισότητας όσον αφορά την πρόσβαση σε περίθαλψη εξακολουθούν να είναι πολύ υψηλά



Σημείωση: Τα στοιχεία αναφέρονται σε μη καλυπτόμενες 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 2017).

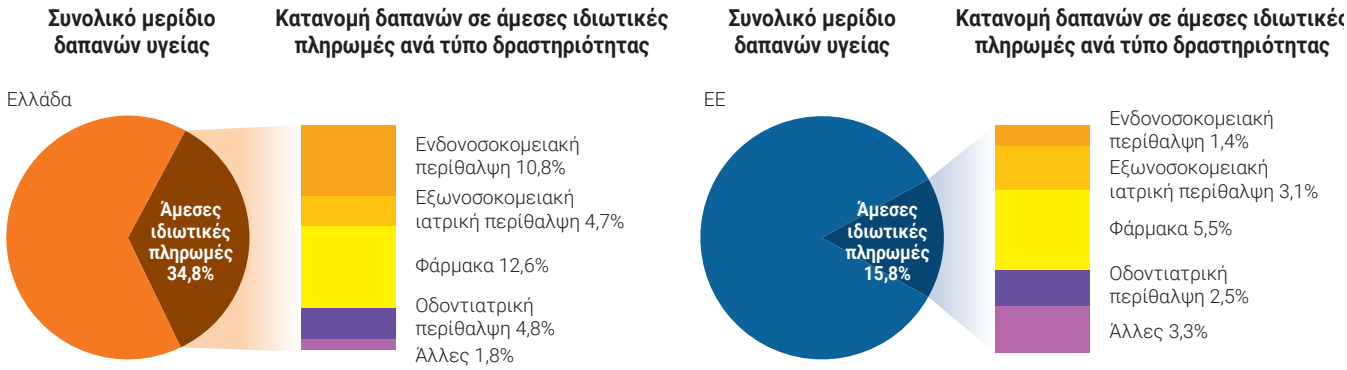
Το κόστος είναι το κυριότερο εμπόδιο στην πρόσβαση στις υπηρεσίες

Από το 10 % των νοικοκυριών με μη καλυπτόμενες ανάγκες, τέσσερα στα πέντε αναφέρουν το κόστος ως το κυριότερο εμπόδιο στην πρόσβαση στην περίθαλψη. Η Ελλάδα έχει πολύ υψηλά ποσοστά άμεσων ιδιωτικών πληρωμών, που ανέρχονται στο 35 % των δαπανών υγείας (ενότητα 4), ποσοστό διπλάσιο από τον μέσο όρο της ΕΕ (σχήμα 15) και το οποίο μπορεί να αποδοθεί εν πολλοίς στην προκλητή ζήτηση. Οι πληρωμές για φάρμακα συνιστούν το μεγαλύτερο μερίδιο των δαπανών σε άμεσες ιδιωτικές πληρωμές (13 %), ακολουθούμενες από τις πληρωμές για ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες (11 %). Το τελευταίο αυτό ποσοστό προκαλεί έντονη εντύπωση,

δεδομένου ότι η περίθαλψη στα δημόσια νοσοκομεία είναι δωρεάν. Παρότι ορισμένες από τις δαπάνες αυτές ενδέχεται να διατίθενται για νοσοκομειακές υπηρεσίες που παρέχονται από ιδιωτικούς φορείς, ορισμένα έμμεσα στοιχεία δείχνουν ότι άτυπες πληρωμές καταβάλλονται επίσης στα δημόσια νοσοκομεία. Για παράδειγμα, από στοιχεία σχετικά με τις καταστροφικές δαπάνες[6] υγείας που υφίστανται τα νοικοκυριά προκύπτει ότι το ποσοστό των δαπανών για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη είναι υψηλό, 12 % για τη φτωχότερη εισοδηματική ομάδα (WHO, Regional Office for Europe, 2019b). Καθώς είναι απίθανο τα φτωχότερα νοικοκυριά να στραφούν στην ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη λόγω των περιορισμένων οικονομικών τους δυνατοτήτων, το ποσοστό αυτό υποδηλώνει ότι πραγματοποιούνται επίσης πληρωμές και στο πλαίσιο της δημόσιας ενδονοσοκομειακής περίθαλψης.

Όσον αφορά τα φάρμακα, τα μέτρα που ελήφθησαν για τη μείωση της κρατικής φαρμακευτικής δαπάνης (ενότητα 5.3) οδήγησαν, εν μέρει, στη μετακύλιση του κόστους στους ασθενείς: το μέσο ποσοστό επιμερισμού της φαρμακευτικής δαπάνης αυξήθηκε από 13 % το 2012 σε 18 % το 2013, και η μέση επιβάρυνση του ασθενούς ανά συνταγή αυξήθηκε κατά δύο τρίτα κατά την περίοδο από το 2011 έως το 2014 (Yfantopoulos, 2018). Το 2014 επιβλήθηκε πάγια χρέωση 1 ΕΥΡΩ ανά συνταγή, εκτός εάν οι ασθενείς ανήκουν σε ομάδα που εξαιρείται του μέτρου (βάσει επιλεγμένων προϋποθέσεων). Οι ασθενείς πρέπει επίσης να καταβάλλουν τη διαφορά μεταξύ της τιμής λιανικής πώλησης και του ποσού αποζημίωσης μέχρι ανώτατου ορίου 20 ΕΥΡΩ ανά συσκευασία, κατά περίπτωση. Οι απαλλαγές από τον επιμερισμό του κόστους για φάρμακα περιλαμβάνουν όσους πάσχουν από απειλητικές για τη ζωή παθήσεις, άτομα/οικογένειες με πολύ χαμηλό εισόδημα (κάτω από 2 400 ΕΥΡΩ/3 600 ΕΥΡΩ ανά έτος) και άτομα με χρόνιες παθήσεις των οποίων το εισόδημα είναι χαμηλότερο από 6 000 ΕΥΡΩ ανά έτος).

Σχήμα 15. Τα φάρμακα και η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη αποτελούν τους μεγαλύτερους τομείς άμεσων ιδιωτικών δαπανών



Πηγές: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την υγεία 2019 (τα στοιχεία αφορούν το 2017).

Οι μηχανισμοί οικονομικής προστασίας μπορούν να ενισχυθούν

Το 2017 η Ελλάδα είχε ένα από τα υψηλότερα επίπεδα δαπανών σε άμεσες ιδιωτικές πληρωμές ως ποσοστό του προϋπολογισμού των νοικοκυριών στην ΕΕ (4,2 % έναντι 2,2 % που ήταν ο μέσος όρος της ΕΕ). Αυτή η σημαντική εξάρτηση από τις άμεσες ιδιωτικές πληρωμές ως πηγή χρηματοδότησης της υγείας μπορεί να οδηγήσει σε ανισότητες ως προς την πρόσβαση. Παράλληλα, μεταξύ των ατόμων που έχουν όντως πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, το ποσοστό των καταστροφικών δαπανών αυξήθηκε από 7 % το 2010 σε 10 % το 2016, το τέταρτο υψηλότερο στην ΕΕ μετά τη Λιθουανία, τη Λετονία και την Ουγγαρία (σχήμα 16). Από περαιτέρω αναλύσεις προκύπτει ότι σχεδόν το 80 % του συνόλου των καταστροφικών δαπανών στην Ελλάδα συγκεντρώνεται στο φτωχότερο 40 % των νοικοκυριών (WHO, Regional Office for Europe, 2019b). Τα στοιχεία αυτά είναι προγενέστερα της επέκτασης της κάλυψης που έλαβε χώρα στο τέλος του 2016 (ενότητα 4) και αναδεικνύουν την ανάγκη καθιέρωσης ισχυρών μηχανισμών για την προστασία των ευπαθών ομάδων και των ασθενών με αυξημένες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης, ιδίως σε καιρούς οικονομικής κρίσης.

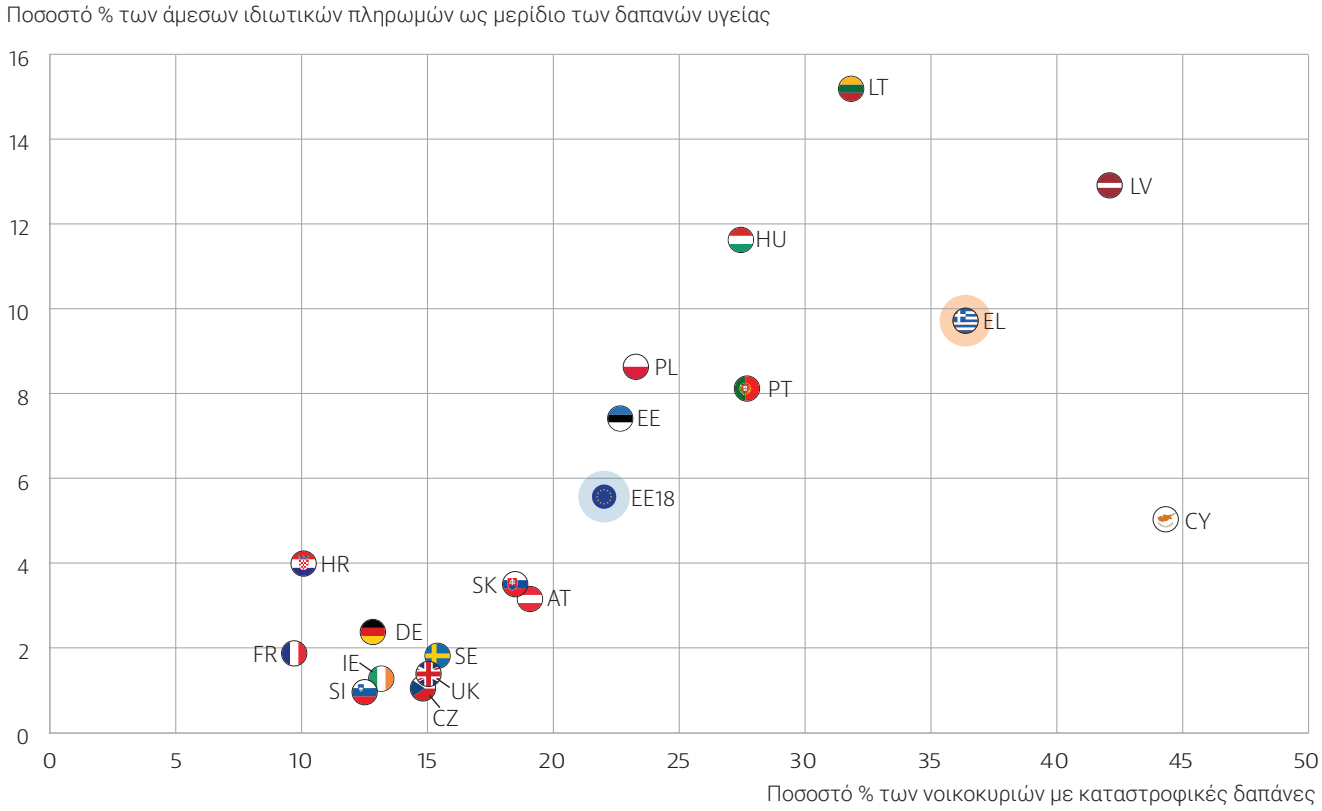
Οι άτυπες πληρωμές συνιστούν πρόβλημα στην Ελλάδα: αντιπροσωπεύουν περίπου το ένα τέταρτο του συνόλου των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών και αποτελούν σοβαρό κίνδυνο για την πρόσβαση, την οικονομική προστασία και την ισότητα. Στο πλαίσιο πρόσφατης έκθεσης του ΠΟΥ διαπιστώθηκε ότι ο κύριος όγκος των άτυπων πληρωμών προέρχεται από ασθενείς που θέλουν να εξασφαλίσουν καλύτερη ή ταχύτερη φροντίδα, ή απορρέει από απαιτήσεις εκ μέρους των ιατρών και από ελλιπή γνώση των σχετικών δικαιωμάτων, ιδίως μεταξύ των φτωχότερων ατόμων και όσων ζουν σε αγροτικές περιοχές (WHO, Regional Office for Europe, 2018).

6: Ως καταστροφικές δαπάνες ορίζονται οι άμεσες δαπάνες των νοικοκυριών που υπερβαίνουν το 40 % των συνολικών τους δαπανών, αφού έχουν αφαιρεθεί οι δαπάνες για ανάγκες διαβίωσης (δηλ. τροφή, στέγαση και υπηρεσίες κοινής ωφέλειας).

Η δέσμη παροχών είναι ευρεία, λαμβανομένων υπόψη των περιορισμένων πόρων

Όταν τα πολυάριθμα ασφαλιστικά ταμεία υγείας συνενώθηκαν στο πλαίσιο του ΕΟΠΥΥ το 2011, το καλάθι των παροχών εξορθολογίστηκε και τυποποιήθηκε ώστε να παρέχει ένα ολοκληρωμένο και αρκετά ευρύ φάσμα υπηρεσιών (πλαίσιο 3). Με τον τρόπο αυτόν, η κάλυψη έγινε δικαιότερη. Στην πορεία, καταργήθηκαν ή περιορίστηκαν ορισμένες υπηρεσίες που προηγουμένως καλύπτονταν (συμπεριλαμβανομένων ορισμένων με περιορισμένη θεραπευτική αξία). Παράλληλα, επιβλήθηκαν περιορισμοί στον αριθμό των χρηματοδοτούμενων από τον ΕΟΠΥΥ επισκέψεων ανά ιατρό (ενότητα 4). Παρότι οι περιορισμοί αυτοί μείωσαν τα περιθώρια υπερθεραπείας, ενδέχεται παράλληλα να είχαν ως αποτέλεσμα ορισμένοι ασθενείς είτε να καθυστερούν την αναζήτηση περίθαλψης είτε να στρέφονται σε ιδιωτικό φορέα. Επιπλέον, κάποιες υπηρεσίες που περιλαμβάνονται στη δέσμη παροχών μπορεί στην πράξη να μην είναι διαθέσιμες. Για παράδειγμα, επειδή δεν υπάρχουν συμβάσεις μεταξύ ΕΟΠΥΥ και οδοντιάτρων, η οδοντιατρική περίθαλψη χρηματοδοτείται σχεδόν εξ ολοκλήρου με άμεσες πληρωμές εκ μέρους των ασθενών.

Σχήμα 16. Η Ελλάδα κατέχει ένα από τα υψηλότερα επίπεδα καταστροφικών δαπανών υγείας στην ΕΕ



Πηγές: WHO, Regional Office for Europe (2019b)· Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την υγεία 2019 (τα στοιχεία αφορούν το 2017 ή το πλησιέστερο έτος).

Οι ανισορροπίες ως προς τη διαθεσιμότητα περίθαλψης επηρεάζουν την πρόσβαση στις αγροτικές περιοχές και επιτείνουν τις περιφερειακές ανισότητες

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει ισόρροπη κατανομή των πόρων και του προσωπικού στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης ούτε κατάλληλοι μηχανισμοί σχεδιασμού και διαχείρισης (ενότητα 4). Κατά συνέπεια, ορισμένες περιοχές έχουν τριπλάσιους ιατρούς και νοσηλευτές από άλλες. Από μία έρευνα πληθυσμού προκύπτει ότι το 2014, από το σύνολο των ατόμων που έχρηζαν περίθαλψης, ποσοστό μόλις 3 % των ατόμων που ζούσαν σε πόλεις δεν μπορούσαν να έχουν πρόσβαση σε αυτήν λόγω απόστασης ή έλλειψης μέσου μεταφοράς, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 13 % για τα άτομα που ζούσαν σε αγροτικές περιοχές.

Λόγω της σύνθετης τοπογραφίας της, με πολλά νησιά και απομακρυσμένες περιοχές, η Ελλάδα εφαρμόζει πρόγραμμα ηλεκτρονικής υγείας (τηλεϊατρική) εδώ και δεκαετίες. Το 2016 ολοκληρώθηκε, ύστερα από σημαντική ώθηση, το Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής, το οποίο περιλαμβάνει 43 μονάδες τηλεϊατρικής που συνδέουν 30 κέντρα υγείας σε νησιά του Αιγαίου με 12 νοσοκομεία στην περιφέρεια της πρωτεύουσας. Οι μονάδες τηλεϊατρικής είναι εξοπλισμένες με κάμερες και διαγνωστικά εργαλεία και προσφέρουν πρόσβαση σε ευρύ φάσμα ειδικών ιατρών, συμπεριλαμβανομένων καρδιολόγων, ογκολόγων και ειδικών σε θέματα ψυχικής υγείας.

Πλαίσιο 3. Η κάλυψη του πληθυσμού είναι πλέον καθολική, αλλά με ορισμένες διαφορές στα επίπεδα πρόσβασης

Τον Αύγουστο του 2016 θεσπίστηκε με νόμο η καθολική κάλυψη υγείας για όλους τους Έλληνες πολίτες, συμπεριλαμβανομένων άνω των 2 εκατομμυρίων ατόμων που είχαν απολέσει την κάλυψή τους στη διάρκεια της κρίσης λόγω μακροχρόνιας ανεργίας ή αδυναμίας σταθερής καταβολής εισφορών (ενότητα 4). Η εξέλιξη αυτή προέκυψε μετά την καθιέρωση του προγράμματος «Εισιτήριο Ελεύθερης Πρόσβασης» (Health Voucher) το 2013 και αφού η νομοθεσία που ψηφίστηκε το 2014 δεν κατόρθωσε να επιλύσει κατάλληλα το ζήτημα. Η νομοθεσία του 2016 αποτέλεσε σημαντικό βήμα προς τη διασφάλιση της κάλυψης όλου του πληθυσμού για τις δημόσια παρεχόμενες υπηρεσίες. Εξακολουθεί, ωστόσο, να υπάρχει διαφορά ως προς τα επίπεδα πρόσβασης: όσοι καλύπτονται από τη νομοθεσία μπορούν να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης μόνο στις δημόσιες δομές, ενώ υπηρεσίες όπως οι διαγνωστικές εξετάσεις παρέχονται σε μεγάλο βαθμό από ιδιωτικούς παρόχους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ και είναι διαθέσιμες για τον ασφαλισμένο πληθυσμό σε βάση επιμερισμού του κόστους. Επιπροσθέτως, ορισμένες ευπαθείς ομάδες εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν εμπόδια στην πρόσβαση σε υπηρεσίες — για παράδειγμα η εθνοτική μειονότητα των Ρομά, οι παράτυποι μετανάστες και οι αιτούντες άσυλο (έως ότου λάβουν καθεστώς πρόσφυγα), καθώς και οι άστεγοι.

5.3. Ανθεκτικότητα[7]

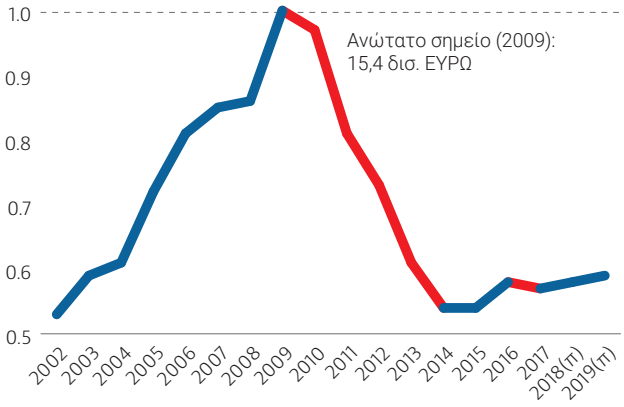
Οι δημόσιες δαπάνες συνεχίζουν να διαμορφώνονται βάσει δημοσιονομικών περιορισμών

Πριν από την οικονομική κρίση, το ελληνικό σύστημα υγείας ήταν κατακερματισμένο και η διακυβέρνησή του πλημμελής. Η μη ικανοποιητική απόδοσή του οφειλόταν σε σοβαρές ανεπάρκειες και στην προκλητή ζήτηση. Στο πλαίσιο του προγράμματος οικονομικής προσαρμογής για την Ελλάδα, από το οποίο η χώρα εξήλθε τον Αύγουστο του 2018, τέθηκαν σε εφαρμογή πολιτικές για τη συγκράτηση του κόστους και τη μείωση της σπατάλης όσον αφορά τις δαπάνες. Η κυβέρνηση διατήρησε το ανώτατο όριο των δημόσιων δαπανών για την υγεία στο 6 % του ΑΕΠ και επέβαλε περικοπές δαπανών σε ολόκληρο τον τομέα της υγείας. Ως εκ τούτου, οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία κατ' άτομο μειώθηκαν σημαντικά — από 1 388 ΕΥΡΩ το 2009 σε 820 ΕΥΡΩ κατ' άτομο το 2017. Πιο πρόσφατα, σε απόλυτες τιμές, μετά την ώθηση που έλαβε χώρα το 2016 με την αύξηση των δημόσιων δαπανών σε 9 δισ. ΕΥΡΩ, η μετέπειτα ανάπτυξη περιορίστηκε και ο κρατικός προϋπολογισμός για την υγεία το 2019 εκτιμάται σε περίπου 9,1 δισ. ΕΥΡΩ (σχήμα 17) ή λίγο κάτω από το 5 % του ΑΕΠ. Επιπλέον, με τον μηχανισμό αυτόματης επιστροφής (clawback) που καθιερώθηκε για να μειωθεί η προκλητή ζήτηση (βλ. ενότητα 4) προστέθηκε επιπλέον 1 % του ΑΕΠ στους δημόσιους πόρους που διατίθενται ετησίως για την υγειονομική περίθαλψη.

Το τρέχον δημοσιονομικό πλαίσιο είναι σημαντικό, καθώς οι υποχρεώσεις που συνεχίζει να έχει η Ελλάδα μετά την έξοδό της από το πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής απαιτούν τη διατήρηση του πλεονάσματος του προϋπολογισμού στο 3,5 % τουλάχιστον έως το 2022. Αυτό σημαίνει ότι η αύξηση των δημόσιων δαπανών για την υγεία θα συνεχίσει πιθανότατα να δεσμεύεται από δημοσιονομικούς περιορισμούς. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι είναι απίθανο να μειωθούν βραχυπρόθεσμα οι δαπάνες σε άμεσες ιδιωτικές πληρωμές.

Σχήμα 17. Η αύξηση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα μετά την κρίση πραγματοποιείται με πολύ αργό ρυθμό

Μεταβολή των δημόσιων δαπανών για την υγεία (αναπροσαρμοσμένη με βάση το 2009=1)



Σημείωση: Μπλε = θετική αύξηση, κόκκινο = μείωση της αύξησης· (π) — προσωρινά στοιχεία.
Πηγές: Στατιστικά στοιχεία του ΟΟΣΑ (2019) για την περίοδο 2002–2017· Υπουργείο Οικονομικών της Ελληνικής Δημοκρατίας (2018) για το 2018 και το 2019.

Η χαλάρωση της πολιτικής για το πάγωμα των προσλήψεων μπορεί να συμβάλει στην επέκταση της πρωτοβάθμιας φροντίδας

Η κρίση είχε ως αποτέλεσμα ένα κύμα εξερχόμενης μετανάστευσης των εργαζομένων στον τομέα της υγείας από την Ελλάδα, αφού περισσότεροι από 1 000 ιατροί ετησίως υπέβαλλαν αίτηση άσκησης επαγγέλματος σε άλλες χώρες της ΕΕ κατά την περίοδο από το 2011 έως το 2016. Το πάγωμα στις προσλήψεις προσωπικού, που επιβλήθηκε στο πλαίσιο των μέτρων δημοσιονομικής εξυγίανσης, όριζε ότι μόνο ένας νέος υπάλληλος θα μπορούσε να προσληφθεί για κάθε πέντε αποχωρήσεις, και οδήγησε σε ευρύτατες ελλείψεις προσωπικού. Η πολιτική αυτή χαλάρωσε τον Φεβρουάριο του 2019 και ο σημερινός λόγος των προσλήψεων προς τις αποχωρήσεις είναι 1:1. Το μέτρο αυτό θα καταστήσει δυνατή τη σχεδιαζόμενη πρόσληψη 10 000 επαγγελματιών υγείας (4 000 ιατρών και 6 000 νοσηλευτών) εντός των επόμενων τεσσάρων ετών για την κάλυψη των ελλείψεων όχι μόνο στον

7: Η ανθεκτικότητα αναφέρεται στην ικανότητα των συστημάτων υγείας να προσαρμόζονται αποτελεσματικά σε μεταβαλλόμενα περιβάλλοντα, αιφνίδιους κλυδωνισμούς ή κρίσεις.

ταχέως αναπτυσσόμενο τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας αλλά και στις μονάδες εντατικής θεραπείας, στα τμήματα επειγόντων περιστατικών, στα ογκολογικά τμήματα, στα διαγνωστικά κέντρα και στις δομές ψυχικής υγείας. Η εύρεση τόσο μεγάλου αριθμού ιατρών και νοσηλευτών θα αποτελέσει πρόκληση, λαμβανομένων υπόψη της απαιτούμενης διάρκειας της κατάρτισης, της ανάγκης προσέλκυσης ιατρών που θα εγκαταλείψουν τον ιδιωτικό τομέα και θα στραφούν στην εργασία σε δημόσιες δομές, καθώς και των περιορισμών στην εξασφάλιση επαρκούς χρηματοδότησης.

Η επιβολή ανώτατων ορίων κόστους, οι αυτόματες επιστροφές (clawback) και η επιβολή έκπτωσης (rebate) σημαίνουν ότι το κράτος πραγματοποιεί μικρότερες δαπάνες για φάρμακα και υπηρεσίες

Η μείωση των δημόσιων δαπανών, μεταξύ άλλων μέσω της επιβολής ανώτατων ορίων στις δαπάνες, των αυτόματων επιστροφών και των εκπτώσεων για τις υπηρεσίες που παρέχονται μέσω συμβεβλημένων παρόχων και τα φάρμακα, αποτέλεσε κεντρικό σημείο εστίασης του προγράμματος οικονομικής προσαρμογής. Το 2010 οι δημόσιες δαπάνες για φάρμακα εξωνοσοκομειακής περίθαλψης έφτασαν στα 4,8 δισ. ΕΥΡΩ και, ως ποσοστό του ΑΕΠ, ήταν οι υψηλότερες στην ΕΕ. Στη συνέχεια, σημείωσαν θεαματική πτώση —με ρυθμό που υπερέβαινε τα 700 εκατ. ΕΥΡΩ ετησίως— φτάνοντας στα 2 δισ. ΕΥΡΩ το 2014 και έχουν έκτοτε παραμείνει σταθερές και πιο ευθυγραμμισμένες με τον μέσο όρο της ΕΕ. Αυτό οφείλεται στην επιβολή αυστηρών ανώτατων ορίων στις δαπάνες (1,95 δισ. ΕΥΡΩ κατά την περίοδο 2016-2018). Η υπέρβαση αυτών των ορίων ενεργοποιεί τον μηχανισμό αυτόματης επιστροφής από τις φαρμακευτικές εταιρείες για την εξίσωση της διαφοράς.

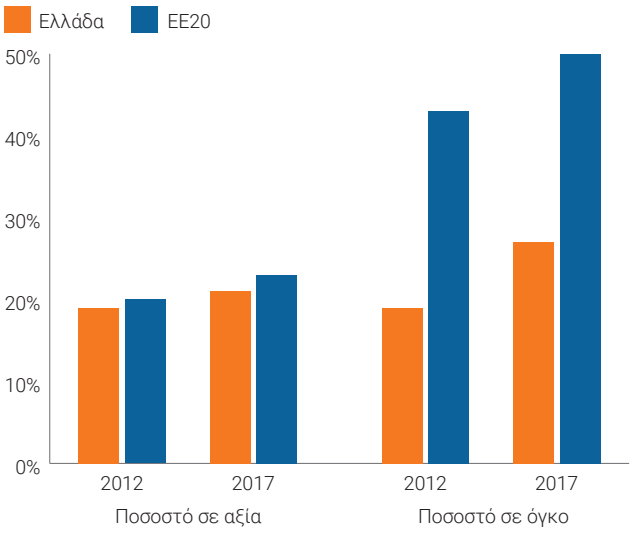
Η φαρμακευτική δαπάνη και η κατανάλωση από τους ασθενείς αποζημιούμενων φαρμάκων εξακολουθούν να υπερβαίνουν συστηματικά το ανώτατο όριο κατά περίπου ένα τρίτο, δεδομένου ότι η συνολική αξία της αυτόματης επιστροφής και της έκπτωσης για εξωνοσοκομειακά και ενδονοσοκομειακά φάρμακα ανήλθε σε 1,2 δισ. ΕΥΡΩ το 2017 (ΙΟΒΕ, 2017). Εφαρμόστηκαν και άλλα μέτρα για τον εξορθολογισμό των φαρμακευτικών δαπανών, όπως η σημαντική μείωση της τιμής χονδρικής πώλησης των φαρμάκων βάσει της τιμολόγησης αναφοράς, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση με βάση τις διεθνείς κοινόχρηστες ονομασίες (ΔΚΟ), η αντικατάσταση με γενόσημα από τους φαρμακοποιούς, η τροποποίηση της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος και, σε κάποιον βαθμό, προσπάθειες συγκράτησης της κατανάλωσης. Η Ελλάδα έχει επίσης προσχωρήσει στη «Διακήρυξη της Βαλέτας», μια συμμαχία των νότιων κρατών μελών της ΕΕ, η οποία αποσκοπεί στη διερεύνηση στρατηγικών για την από κοινού διαπραγμάτευση τιμών με τη φαρμακευτική βιομηχανία.

Η προώθηση των γενοσήμων και η αξιολόγηση των τεχνολογιών υγείας συνιστούν κομβικές πολιτικές ενίσχυσης της αποδοτικότητας

Για την αύξηση του μεριδίου των γενοσήμων, θεσπίστηκε το 2017 στόχος 60 % επί του μεριδίου των συνταγών ΔΚΟ για εξωνοσοκομειακά φάρμακα. Παρότι αυτό το ποσοστό συνάδει με τον μέσο όρο της ΕΕ, το 2017, ανεξάρτητα από τα πολυάριθμα μέτρα που ελήφθησαν για τη στήριξη της διείσδυσης των γενοσήμων, το μερίδιο (σε όγκο) στην Ελλάδα ήταν 27 % (αυξημένο έναντι του 18,5 % το 2012) — παραμένοντας όμως από τα χαμηλότερα στην ΕΕ (σχήμα 18).

Στο πλαίσιο μιας ευπρόσδεκτης νέας προσπάθειας για την ενίσχυση της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας, η Ελλάδα ίδρυσε, το 2018, τον νέο της μηχανισμό Αξιολόγησης Τεχνολογιών Υγείας, ενισχύοντας περαιτέρω τις οικείες δραστηριότητες στον τομέα της αξιολόγησης τεχνολογιών υγείας. Ο μηχανισμός αυτός είναι υπεύθυνος για την αναθεώρηση του καταλόγου των αποζημιούμενων φαρμάκων και επίσης για το ποια νέα φάρμακα θα περιλαμβάνονται στον κατάλογο.

Σχήμα 18. Το μερίδιο των γενοσήμων αυξάνεται, ωστόσο ο όγκος τους είναι ο χαμηλότερος στην ΕΕ



Σημείωση: Εκτιμώμενος μέσος όρος στην ΕΕ20.
Πηγή: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την Υγεία 2019.

Έχει δρομολογηθεί νέο σύστημα πληρωμών βάσει ομοειδών διαγνωστικών ομάδων για τα νοσοκομεία

Όσον αφορά τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων, το πρώτο πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής της Ελλάδας έθεσε απαιτήσεις για την αντικατάσταση, εντός ενός έτους, του ημερήσιου νοσηλίου με ένα σύστημα προοπτικών πληρωμών βάσει ομοειδών διαγνωστικών ομάδων, με στόχο την αύξηση της αποδοτικότητας και τη βελτίωση της κατανομής των πόρων. Οι αρχικές προσπάθειες που καταβλήθηκαν από το 2011 για την εκτέλεση των πληρωμών μέσω συστήματος ομοιογενών διαγνωστικών ομάδων (DRG) απαίτησαν πολλαπλές αναθεωρήσεις για την κατάλληλη προσαρμογή τους στις πραγματικές δαπάνες. Η πρώτη πλήρης μορφή των ελληνικών ομοιογενών διαγνωστικών ομάδων αναμένεται να καταρτιστεί στη διάρκεια του 2019, παράλληλα με οδικό χάρτη για την πλήρη ανάπτυξή τους εντός των επόμενων πέντε ετών.

Η ισχυρή πρωτοβάθμια φροντίδα αποτελεί προϋπόθεση για ένα αποδοτικό σύστημα υγείας

Το σύστημα υγείας ανέκαθεν βασιζόταν στη νοσοκομειακή και στην εξειδικευμένη ιατρική περίθαλψη εις βάρος μιας ολοκληρωμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας. Το 2017, ύστερα από σειρά ανεπιτυχών προσπαθειών, στο επίκεντρο της μεταρρύθμισης της πρωτοβάθμιας φροντίδας τέθηκε η παροχή πρόσβασης σε βασικές ποιοτικές υπηρεσίες σε βραχυπρόθεσμο ορίζοντα. Η ανάπτυξη ισχυρού συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας παράλληλα με έναν αποτελεσματικό μηχανισμό υποχρεωτικής παραπομπής στους ειδικούς ιατρούς μέσω του γενικού ιατρού (gatekeeping) αποτελεί τον πιο μακροπρόθεσμο στόχο. Επί του παρόντος δημιουργούνται οι υποδομές και προσλαμβάνεται το ανθρώπινο δυναμικό για την ενίσχυση των υπηρεσιών πρόληψης και για τη θεραπεία των ασθενών σε πιο κατάλληλο περιβάλλον (πλαίσιο 4).

Στο σχήμα 19 παρουσιάζεται ο τρόπος με τον οποίο κατανεμήθηκε η στήριξη του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου (ΕΚΤ) για τη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας τους πρώτους έξι μήνες του 2018, λαμβανομένων υπόψη των περιφερειακών αναγκών. Αν και είναι πολύ νωρίς για να αξιολογηθούν τα αποτελέσματα αφού το σύστημα συνεχίζει να βρίσκεται σε στάδιο ανάπτυξης, η τρέχουσα πρωτοβουλία θα μπορούσε να βελτιώσει την αποδοτικότητα ολόκληρου του συστήματος — εφόσον συνεχιστούν οι επενδύσεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα (Council of the European Union, 2019) και διασφαλιστεί το κατάλληλο μείγμα δεξιοτήτων επαρκούς προσωπικού.

Η πληθώρα αλλαγών προϋποθέτει γενική στρατηγική κατεύθυνση

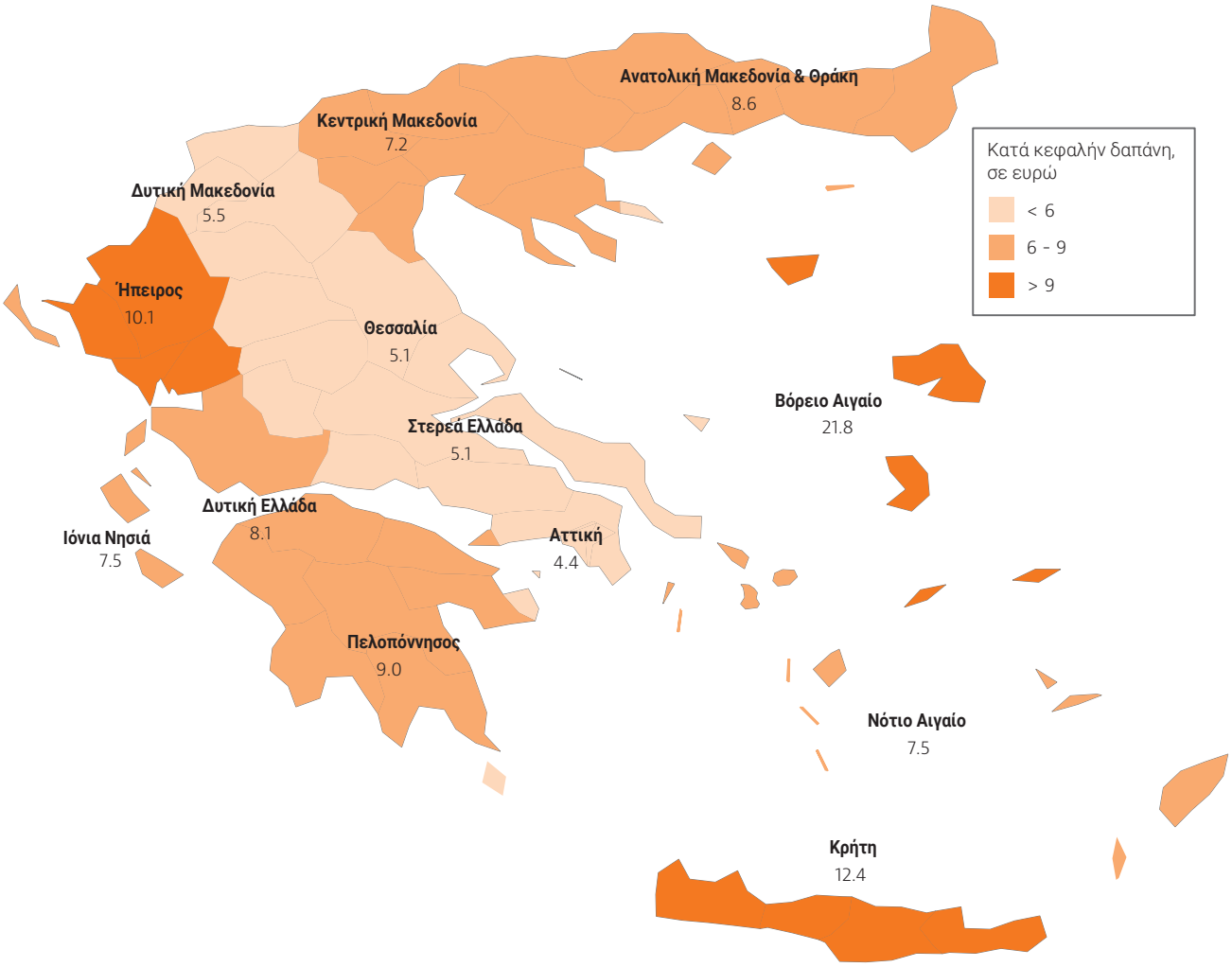
Η ικανότητα παρακολούθησης των διαφόρων συνιστωσών της απόδοσης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα έχει ενισχυθεί τα τελευταία χρόνια. Πολλαπλοί μηχανισμοί και απαιτήσεις υποβολής στοιχείων σχετικά με τις μεταρρυθμίσεις που επιβλήθηκαν από το πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής έχουν βελτιώσει τη διαφάνεια και τη λογοδοσία σε τομείς όπως οι δημόσιες συμβάσεις για την προμήθεια φαρμάκων και τις προμήθειες των νοσοκομείων. Ωστόσο, η Ελλάδα εξακολουθεί να υστερεί σε σύγκριση με πολλές ευρωπαϊκές χώρες σε άλλους τομείς, συμπεριλαμβανομένων της συμμετοχής των ασθενών και της παρακολούθησης των αποτελεσμάτων που σχετίζονται με το σύστημα υγείας.

Ένας άλλος τομέας που χρήζει μεγαλύτερης προσοχής είναι ο στρατηγικός σχεδιασμός. Μείζονες μεταρρυθμίσεις έχουν υλοποιηθεί στο σύστημα υγείας σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα και ένα γενικό σχέδιο υψηλού επιπέδου θα παρείχε στους αρχιτέκτονες των μελλοντικών μεταρρυθμίσεων τη δυνατότητα να λάβουν υπόψη τα επιτεύγματα που έχουν σημειωθεί μέχρι στιγμής και να τα αξιοποιήσουν αποτελεσματικά. Η διακυβέρνηση θα μπορούσε επίσης να ενισχυθεί μέσω του σαφέστερου καθορισμού στρατηγικών στοιχειοθετημένων στόχων και βελτιωμένης τεχνικής εμπειρογνωσίας (European Commission, 2019b). Ένα ολοκληρωμένο εθνικό σχέδιο θα λάμβανε υπόψη τις τρέχουσες και τις μελλοντικές υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού, θα χάραζε στρατηγικές για την κατάλληλη κατανομή και διανομή των πόρων σε όλη τη χώρα και θα επέτρεπε τη συνεχή παρακολούθηση των αλλαγών και των επιπτώσεών τους.

Πλαίσιο 4. Έχει σημειωθεί πρόοδος όσον αφορά την υλοποίηση μεταρρυθμίσεων στην πρωτοβάθμια φροντίδα

Από το 2017 παραχωρήθηκαν στις περιφερειακές αρχές ευρύτερες αρμοδιότητες και χρηματοδότηση για την υλοποίηση της μεταρρύθμισης της πρωτοβάθμιας φροντίδας, την παροχή περίθαλψης και την ανάπτυξη ικανοτήτων στο πλαίσιο του δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας. Το καλοκαίρι του 2019 περισσότερες από τις μισές (127) από τις 239 σχεδιαζόμενες τοπικές μονάδες υγείας λειτουργούσαν σε όλη τη χώρα, καλύπτοντας 2 εκατομμύρια κατοίκους, ήτοι το ένα πέμπτο του συνολικού πληθυσμού. Το μέγεθος αυτό προσεγγίζει το μέγιστο όριο ικανότητας του σημερινού αριθμού γενικών ιατρών του δημόσιου τομέα. Η περαιτέρω πρόοδος όσον αφορά την αύξηση του αριθμού των ιατρών που απασχολούνται σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας αναμένεται να είναι αργή, καθώς πολλοί γενικοί ιατροί που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα θεωρούν τους συμβατικούς όρους εντός του ΕΟΠΥΥ λιγότερο ευνοϊκούς (European Commission, 2019a).

Σχήμα 19. Οι επενδύσεις του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου για την πρωτοβάθμια φροντίδα το 2018 λαμβάνουν υπόψη τις ανάγκες του πληθυσμού σε περιφερειακό επίπεδο



Σημείωση: Περιφερειακή κατά κεφαλήν χρηματοδότηση του ΕΚΤ για την ανάπτυξη του δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας κατά τους πρώτους έξι μήνες του 2018.
Πηγή: WHO, Regional Office for Europe (2019a).

6 Βασικές διαπιστώσεις

- Ο ελληνικός πληθυσμός απολαμβάνει σχετικά υψηλό προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, όμως το προβάδισμά του έναντι του μέσου όρου της ΕΕ έχει περιοριστεί την τελευταία δεκαετία. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα παραμένουν οι κυριότερες αιτίες θανάτου· ωστόσο, η θνησιμότητα από διαβήτη, ορισμένες μορφές καρκίνου, παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος και των νεφρών έχει αυξηθεί. Όπως και σε πολλά άλλα κράτη μέλη της ΕΕ, ο επιπολασμός παραγόντων κινδύνου όπως το κάπνισμα και η παχυσαρκία είναι πολύ υψηλότερος στα άτομα χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου, στοιχείο που συντελεί στη διαμόρφωση ευρέος κοινωνικοοικονομικού χάσματος όσον αφορά την υγεία του πληθυσμού.

- Από το 2010 οι προσπάθειες που ξεκίνησαν στο πλαίσιο του προγράμματος οικονομικής προσαρμογής έχουν εδραιωθεί. Η Ελλάδα υλοποιεί σειρά φιλόδοξων μεταρρυθμίσεων για τη βελτίωση της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας και τη μείωση της σπατάλης. Ζητήματα όπως ο κατακερματισμός των παροχών και της κάλυψης, οι υπέρμετρες φαρμακευτικές δαπάνες, οι μη αποδοτικές δημόσιες συμβάσεις και η ανεπαρκής πρωτοβάθμια φροντίδα έχουν ήδη αντιμετωπιστεί ή αντιμετωπίζονται επί του παρόντος. Άλλα, όπως η πρόληψη, η συμμετοχή των ασθενών και των πολιτών και η καθιέρωση ουσιαστικών μηχανισμών λογοδοσίας και διαφάνειας έχουν αποτελέσει στόχο ειδικών μέτρων, ωστόσο απαιτούνται περαιτέρω προσπάθειες. Η αντιμετώπιση της εναπομένουσας προκλητής ζήτησης για ορισμένες υπηρεσίες υγείας και οι μη αποδοτικές δαπάνες εξακολουθούν να αποτελούν συγκεκριμένους στόχους.

- Παρά τη λήξη του προγράμματος οικονομικής προσαρμογής τον Αύγουστο του 2018, οι οικονομικοί δείκτες της Ελλάδας παραμένουν υπό τη στενή επιτήρηση της ΕΕ και οι δαπάνες για την υγεία θα συνεχίσουν πιθανότατα να δεσμεύονται από δημοσιονομικούς περιορισμούς. Ωστόσο, η μείωση των δημόσιων δαπανών για την υγεία σταμάτησε το 2015 και έχει σταθεροποιηθεί έκτοτε. Επιπλέον, λόγω του εφαρμοζόμενου μηχανισμού αυτόματης επιστροφής (clawback), η αξία της χρηματοδοτούμενης από το κράτος υγειονομικής περίθαλψης είναι υψηλότερη από το επίπεδο των δημόσιων δαπανών για την υγεία κατά περίπου 1 % του ΑΕΠ. Οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, κυρίως υπό τη μορφή πληρωμών των νοικοκυριών, εξακολουθούν να είναι πολύ υψηλές, με αποτέλεσμα το ένα τρίτο της υγειονομικής περίθαλψης να πληρώνεται απευθείας από την τσέπη των νοικοκυριών.

- Με τη θέσπιση νομοθεσίας κομβικής σημασίας το 2016 κατέστη δυνατή η επαναφορά της κάλυψης των δύο εκατομμυρίων ατόμων που είχαν απολέσει την ασφαλιστική τους κάλυψη υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης. Επιπροσθέτως, η κάλυψη επεκτάθηκε σε ομάδες που προηγουμένως δεν καλύπτονταν, όπως οι πρόσφυγες, με αποτέλεσμα το σύστημα υγείας να προσφέρει πλέον καθολική κάλυψη. Κατά συνέπεια, οι μη καλυπτόμενες ανάγκες για υγειονομική περίθαλψη μειώθηκαν το 2017, ιδίως μεταξύ των φτωχότερων ατόμων. Ωστόσο, παράγοντες όπως η επίσημη και η ανεπίσημη επιβάρυνση των ασθενών, τα ανώτατα όρια στις αποζημιούμενες υπηρεσίες και η άνιση διαθεσιμότητα υλικών και ανθρώπινων πόρων εξακολουθούν να συντελούν στα υψηλά επίπεδα αυτοαναφερόμενων μη καλυπτόμενων αναγκών.

- Τα υφιστάμενα μέτρα οικονομικής προστασίας εστιάζονται κυρίως στα φάρμακα. Για παράδειγμα, από τη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος των φαρμάκων εξαιρούνται τα άτομα που πάσχουν από ορισμένες παθήσεις ή έχουν χαμηλό εισόδημα. Παρ' όλα αυτά, ένα στα δέκα νοικοκυριά υφίσταται καταστροφικές δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης, που είναι από τα υψηλότερα επίπεδα στην ΕΕ.

- Η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας από το 2017 και μετά προχώρησε με σχετικά ικανοποιητικούς ρυθμούς, με λίγο περισσότερες από τις μισές (127) σχεδιαζόμενες μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας να λειτουργούν το καλοκαίρι του 2019. Αυτές καλύπτουν σήμερα περίπου το ένα πέμπτο του πληθυσμού, παρέχοντας αναγκαίες υπηρεσίες πρόληψης, πρωτοβάθμιας φροντίδας και ορισμένες εξειδικευμένες υπηρεσίες, ιδίως στις αγροτικές περιοχές. Η περαιτέρω πρόοδος για αυτή τη σημαντική ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη διαθεσιμότητα ιατρών — δεδομένου ότι ο αριθμός των γενικών ιατρών φθάνει το ανώτατο όριο δυναμικότητας και πολλοί ιατροί που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα είναι απρόθυμοι να συμβληθούν. Η επαρκής χρηματοδότηση αποτελεί επίσης προϋπόθεση.

- Οι οργανωτικές και λειτουργικές βελτιώσεις εξαρτώνται από την ενίσχυση της διακυβέρνησης και την κατάλληλη διάθεση πόρων στις προτεραιότητες πολιτικής. Η Ελλάδα θα μπορούσε να επωφεληθεί από ένα γενικό και ολοκληρωμένο σχέδιο μεταρρυθμίσεων που θα λαμβάνει υπόψη την απόδοση του συστήματος υγείας και τις ανάγκες του πληθυσμού και θα προβλέπει κατάλληλο σχεδιασμό και κατανομή των υπηρεσιών.

Βασικές πηγές

Economou C et al. (2017), Greece: *Health system review.* Health Systems in Transition, 19(5):1–192.

OECD, EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle.* OECD Publishing, Paris, https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm

Παραπομπές

Cassini A et al. (2019), Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: A population-level modelling analysis. *The Lancet Infectious Diseases,* 19(1):56–66.

Economou M et al. (2016), The impact of the economic crisis in Greece: epidemiological perspective and community implications. In: Stylianidis S, eds. *Social and Community Psychiatry:*469–83. Springer, Cham.

Council of the European Union (2019), *Council Recommendation on the 2019 National Reform Programme of Greece,* http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-10161-2019-INIT/en/pdf

European Commission (2019a), *Enhanced surveillance Report. Greece, February 2019.* Institutional Paper 099. European Commission, Brussels, https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip099_en.pdf

European Commission (2019b), *Joint report on health care and long-term care systems and fiscal sustainability. Country documents 2019 update.* Institutional Paper 105. European Commission, Brussels, https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip105_en.pdf

Georgakopoulou T et al. (2018), Ongoing measles outbreak in Greece related to the recent European-wide epidemic. *Epidemiology & infection,* 146(13):1692–8.

IOBE (2018), *The pharmaceutical market in Greece: Facts & figures 2017.* Hellenic Association of Pharmaceutical Companies, Athens.

Karanikolos M et al. (2018), *Amenable mortality in the EU – has the crisis changed its course?* European Journal of Public Health, 28(5):864–9.

Rechel B, Richardson E, McKee M, eds. (2018), *The organization and delivery of vaccination services in the European Union.* European Observatory on Health Systems and Policies and European Commission, Brussels, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/386684/vaccination-report-eng.pdf?ua=1

Suetens C et al. (2018), Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017. *Euro Surveillance,* 23(46):1800516.

WHO (2017), *WHO report on the global tobacco epidemic, 2017.* Country profile Greece. World Health Organization, Geneva.

WHO Regional Office for Europe (2018), *Addressing informal payments in the Greek health system.* Copenhagen.

WHO Regional Office for Europe (2019a), *Monitoring and documenting systemic and health effects of health reforms in Greece,* Copenhagen.

WHO Regional Office for Europe (2019b), *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe,* Copenhagen.

Yfantopoulos J, Chantzaras A (2018), Drug policy in Greece. *Value in Health Regional Issues*, 16:66–73.

Συντομογραφίες χωρών

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

European Commission

Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ
Προφίλ Υγείας 2019

Τα προφίλ υγείας ανά χώρα αποτελούν σημαντικό βήμα στο πλαίσιο του υπό εξέλιξη κύκλου παροχής γνώσης για την Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ, που συντελείται με τη χρηματοδοτική συνδρομή της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τα προφίλ είναι αποτέλεσμα κοινής προσπάθειας του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) και του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

Τα προφίλ είναι συνοπτικά, παρουσιάζονται σε συνάρτηση με τις σχετικές πολιτικές και βασίζονται σε διαφανή και συνεπή μεθοδολογία. Χρησιμοποιούν τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά δεδομένα, τα οποία ωστόσο προσαρμόζονται με ευελιξία στο πλαίσιο κάθε χώρας της ΕΕ / ΕΟΧ. Στόχος είναι η δημιουργία ενός μέσου αμοιβαίας μάθησης και εθελούσιων ανταλλαγών, το οποίο θα μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο από φορείς χάραξης πολιτικής όσο και από φορείς άσκησης επιρροής σε θέματα πολιτικής.

Κάθε προφίλ χώρας παραθέτει μια συνοπτική συγκεφαλαίωση όσον αφορά:

- την κατάσταση της υγείας στη χώρα
- τους καθοριστικούς παράγοντες για την υγεία, με επικέντρωση στους συμπεριφορικούς παράγοντες κινδύνου
- την οργάνωση του συστήματος υγείας
- την αποτελεσματικότητα, την προσβασιμότητα και την ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας.

Η Επιτροπή συμπληρώνει τις βασικές διαπιστώσεις των προφίλ αυτών με συνοδευτική έκθεση.

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

Παρακαλούμε αναφέρετε αυτή τη δημοσίευση ως εξής: ΟΟΣΑ/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας (2019), *Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019, Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ,* ΟΟΣΑ, Παρίσι/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, Βρυξέλες.

ISBN 9789264586543 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)

OECD BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO