



State of Health in the EU Ελλάδα

Προφίλ Υγείας 2017

Η σειρά των προφίλ χώρας

Τα προφίλ χώρας παρέχουν μια περιεκτική και συναρτώμενη με πολιτικές επισκόπηση της υγείας και των συστημάτων υγείας στα κράτη μέλη της ΕΕ, με έμφαση στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τις προκλήσεις σε κάθε χώρα. Σκοπός τους είναι να ενισχύουν τις προσπάθειες των κρατών μελών για τη χάραξη τεκμηριωμένης πολιτικής.

Τα προφίλ είναι αποτέλεσμα κοινής προσπάθειας του ΟΟΣΑ και του *European Observatory on Health Systems and Policies*, σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Η ομάδα του έργου ευχαριστεί τα κράτη μέλη και το Δίκτυο Παρακολούθησης Συστημάτων και Πολιτικών Υγείας για τις πολύτιμες παρατηρήσεις και προτάσεις τους.

Πίνακας περιεχομένων

1 • ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΑ ΣΗΜΕΙΑ	1
2 • Η ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	2
3 • ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	4
4 • ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	6
5 • ΑΠΟΔΟΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	8
5.1 Αποτελεσματικότητα	8
5.2 Προσβασιμότητα	10
5.3 Ανθεκτικότητα	14
6 • ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ	16

Πηγές δεδομένων και πληροφοριών

Τα δεδομένα και οι πληροφορίες που περιέχουν τα προφίλ χώρας βασίζονται κυρίως σε εθνικά επίσημα στατιστικά στοιχεία που παρασχέθηκαν στην Eurostat και στον ΟΟΣΑ, τα οποία επικυρώθηκαν τον Ιούνιο του 2017, ώστε να διασφαλιστεί το υψηλότερο δυνατό επίπεδο συγκρισιμότητας των δεδομένων. Οι πηγές και οι μέθοδοι που σχετίζονται με τα δεδομένα αυτά διατίθενται στη βάση δεδομένων της Eurostat και στη βάση δεδομένων υγείας του ΟΟΣΑ. Ορισμένα πρόσθετα 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 (ECDC), από έρευνες σχετικά με τις συμπεριφορές υγείας των παιδιών σχολικής ηλικίας (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 ορίζεται διαφορετικά.

Για την τηλεφόρτωση του φύλλου Excel που αντιστοιχεί σε όλους τους πίνακες και τα γραφήματα του παρόντος προφίλ χώρας, πληκτρολογήστε απλώς τον ακόλουθο σύνδεσμο στο πρόγραμμα περιήγησης διαδικτύου που χρησιμοποιείτε: <http://dx.doi.org/10.1787/888933623419>

Δημογραφικό και κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο στην Ελλάδα, 2015

	Ελλάδα	ΕΕ
Δημογραφικοί παράγοντες	Μέγεθος πληθυσμού (σε χιλιάδες)	509 394
	Δείκτης πληθυσμού άνω των 65 ετών (%)	18,9
	Δείκτης γονιμότητας ¹	1,6
Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες	Κατά κεφαλή ΑΕΠ (EUR ΙΑΔ ²)	28 900
	Δείκτης σχετικής φτώχειας ³ (%)	10,8
	Δείκτης ανεργίας (%)	9,4

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, μέσω της εξουδετέρωσης των διαφορών στα επίπεδα τιμών μεταξύ χωρών.

3. Ποσοστό ατόμων που ζουν με λιγότερο από το 50% του διάμεσου ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος.

Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat

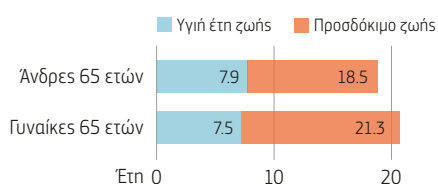
Δήλωση αποποίησης ευθύνης: Οι γνώμες που διατυπώνονται και τα επιχειρήματα που χρησιμοποιούνται στο παρόν έγγραφο δεσμεύουν μόνο τους συντάκτες τους και δεν αντικατοπτρίζουν κατ' ανάγκη τις επίσημες απόψεις του ΟΟΣΑ ή των κρατών μελών του ή του *European Observatory on Health Systems and Policies*, ή οποιοδήποτε 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/>

1 Σημαντικότερα σημεία

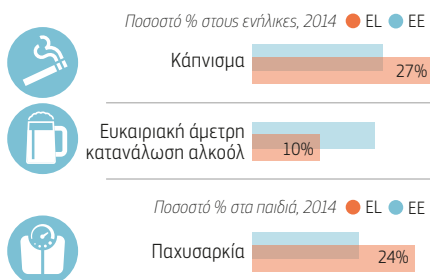
Η κατάσταση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού παρουσίασε συνεχή βελτίωση κατά τις τελευταίες δεκαετίες, αλλά θα περάσουν μερικά χρόνια έως ότου εκδηλωθούν οι πλήρεις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην κοινωνία και στην υγεία. Σημαντικές μεταβολές στο σύστημα υγείας έχουν συντελεστεί ως αποτέλεσμα του προγράμματος οικονομικής προσαρμογής της χώρας, αλλά, παρά τα σχέδια για μεταβίβαση περισσότερων αρμοδιοτήτων στις περιφερειακές υγειονομικές αρχές, το σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από μεγάλο βαθμό συγκέντρωσης.

Κατάσταση της υγείας



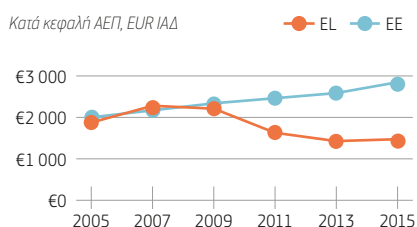
Το προσδόκιμο ζωής το οποίο ανέρχεται στα 81,5 έτη είναι πάνω από τον μέσο όρο της ΕΕ, αλλά μετά την ηλικία των 65 ετών τα δύο τρίτα αυτών των ετών συνοδεύονται από αναπηρία. Η διαφορά στο προσδόκιμο ζωής ανάμεσα στα δύο φύλα παραμένει και ανέρχεται σε πέντε έτη καθώς επίσης και η κοινωνική ανισότητα, με διαφορά τεσσάρων ετών ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο. Η ισχαιμική καρδιοπάθεια, τα εγκεφαλικά επεισόδια και ο καρκίνος του πνεύμονα εξακολουθούν να έχουν σημαντική επίπτωση στη θνησιμότητα, αλλά οι θάνατοι λόγω τροχαίων ατυχημάτων έχουν μειωθεί δραστικά.

Παράγοντες κινδύνου



Το 2014 το 27% των ενηλίκων κάπνιζε καθημερινά, ποσοστό σημαντικά μειωμένο σε σχέση με το 40% το 2008, που, όμως, παραμένει το δεύτερο υψηλότερο μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ. Αντιθέτως, η κατανάλωση αλκοόλ ανά ενήλικα μειώθηκε και είναι αισθητά κάτω του μέσου όρου στην ΕΕ, όπως και η ευκαιριακή άμετρη κατανάλωση αλκοόλ. Ενώ το ποσοστό παχυσαρκίας μεταξύ των ενηλίκων (17%) είναι μόλις ελαφρώς υψηλότερο από τον μέσο όρο στην ΕΕ, σχεδόν το ένα τέταρτο των ατόμων ηλικίας 15 ετών είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα, ποσοστό που είναι το δεύτερο υψηλότερο μεταξύ των χωρών της ΕΕ.

Δαπάνες για την υγεία



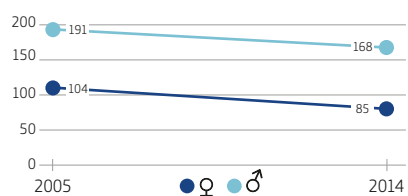
Η Ελλάδα δαπανά 1 650 EUR κατά κεφαλή στην υγειονομική περίθαλψη, ποσό που υπολείπεται κατά ένα τρίτο και πλέον από τον μέσο όρο στην ΕΕ. Αυτό αντιστοιχεί στο 8,4% του ΑΕΠ, αλλά στο πλαίσιο της συρρικνούμενης οικονομίας, οι δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν σημαντικά από το 2009. Ο περιορισμός των δημόσιων δαπανών υγείας αποτελεί μέρος των μέτρων δημοσιονομικής σταθερότητας. Επί του παρόντος, το 59% των δαπανών για την υγεία χρηματοδοτούνται από το δημόσιο, ενώ οι άμεσες δαπάνες από τους ασθενείς (35%) είναι υπερδιπλάσιες του μέσου όρου στην ΕΕ.

Απόδοση του συστήματος υγείας

Αποτελεσματικότητα

Ενώ η αποτρεπτή θνησιμότητα σημείωσε αργή πτώση κατά την τελευταία δεκαετία, το ποσοστό για τους άντρες είναι σχεδόν διπλάσιο από αυτό για τις γυναίκες. Το σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης δεν είναι επί του παρόντος προσανατολισμένο προς την προαγωγή της υγείας ή την πρόληψη.

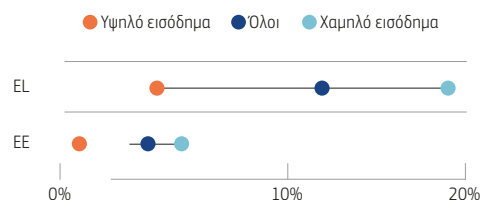
Αποτρεπτή θνησιμότητα, ποσοστό (ανά 100 000 κατοίκους), προτυποποιημένο κατά ηλικία, άνδρες και γυναίκες



Πρόσβαση

Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη παρουσιάζει ορισμένες προκλήσεις όσον αφορά τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών και την οικονομική προσιτότητά τους, με αποτέλεσμα υψηλά ποσοστά αναφοράς μη ικανοποιούμενης ανάγκης ιατρικής περίθαλψης, ιδίως μεταξύ ομάδων με χαμηλό εισόδημα.

Ποσοστό % που αναφέρει μη ικανοποιούμενες ιατρικές ανάγκες, 2015



Ανθεκτικότητα

Υπάρχει διαρκής πίεση στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας. Από το 2010 οι πολιτικές εστιάζουν στον έλεγχο του κόστους και στη βελτίωση της αποδοτικότητας, ιδίως στον φαρμακευτικό και τον νοσοκομειακό τομέα. Έμφαση δόθηκε επίσης στην αύξηση της διαφάνειας και της λογοδοσίας.



2 Η υγεία στην Ελλάδα

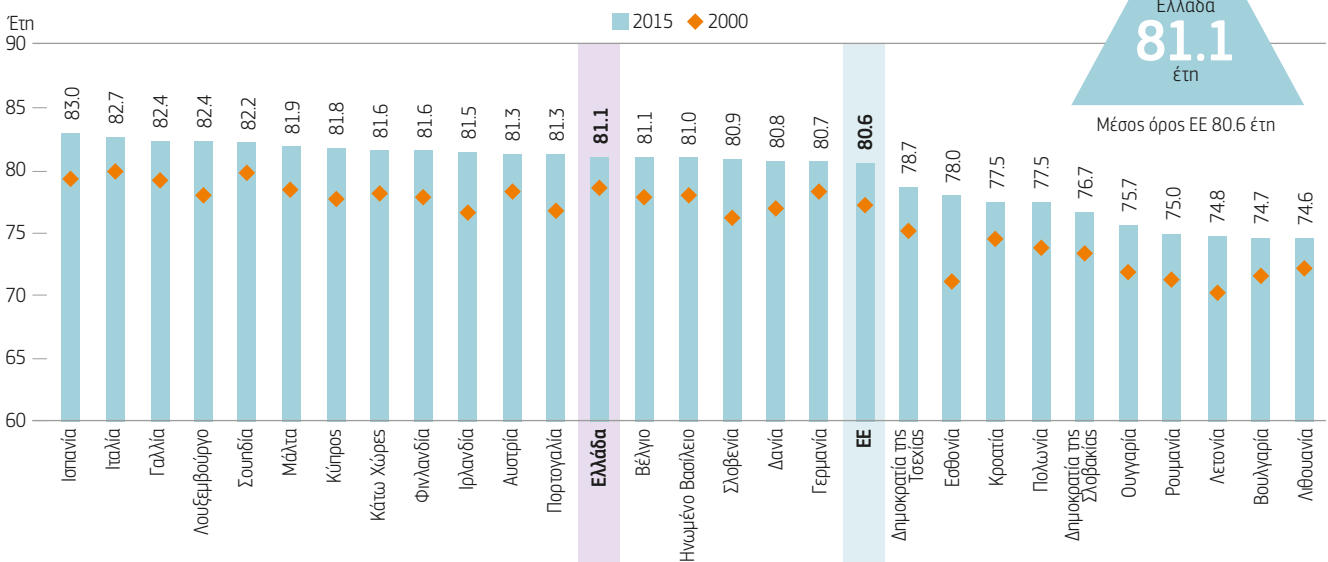
Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση αυξάνεται σταθερά αλλά ο χρόνος που διανύεται με καλή υγεία μειώνεται

Το 2015 το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα άγγιξε τα 81,1 έτη, κατά τι υψηλότερο από τον μέσο όρο στην ΕΕ (σχήμα 1). Όπως και σε άλλες χώρες της ΕΕ, εξακολουθεί να υφίσταται σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων, με τις γυναίκες να ζουν κατά μέσο όρο πέντε χρόνια περισσότερο από τους άντρες (84 έτη έναντι 79). Παράλληλα, υπάρχει διαφορά τεσσάρων ετών στο προσδόκιμο ζωής μεταξύ ατόμων με χαμηλότερο και υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο¹.

Παρότι η αύξηση στο προσδόκιμο ζωής αφορούσε κυρίως άτομα άνω των 65 ετών, η αναλογία του χρόνου που διανύεται με καλή υγεία μειώνεται. Σε συμφωνία με τον μέσο όρο της ΕΕ, στην ηλικία των 65 ετών η Ελληνίδα γυναίκα μπορεί να προσδοκά να ζήσει άλλα 21,3 έτη, αλλά μόνο το ένα τρίτο αυτών θα είναι απαλλαγμένα από αναπηρίες. Ομοίως, οι άντρες μπορούν να προσδοκούν να ζήσουν περίπου το 40% των υπόλοιπων 18,5 ετών με καλή υγεία.²

1. Τα χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης αφορούν άτομα με προσχολική, πρωτοβάθμια, ή κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (επίπεδα 0–2 κατά ISCED), ενώ τα υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης αφορούν άτομα με τριτοβάθμια εκπαίδευση (επίπεδα 5–8 κατά ISCED).
2. Τα στοιχεία αυτά βασίζονται στον δείκτη «υγιή έτη ζωής», ο οποίος καταμετρά τον αριθμό των ετών που τα άτομα προσδοκούν να ζήσουν χωρίς αναπηρίες σε διάφορες ηλικίες.

Σχήμα 1. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής κατά τη γέννηση επιβραδύνθηκε αλλά παραμένει πάνω από τον μέσο όρο στην ΕΕ



Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat.

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο καρκίνος είναι οι κυριότερες αιτίες θανάτου

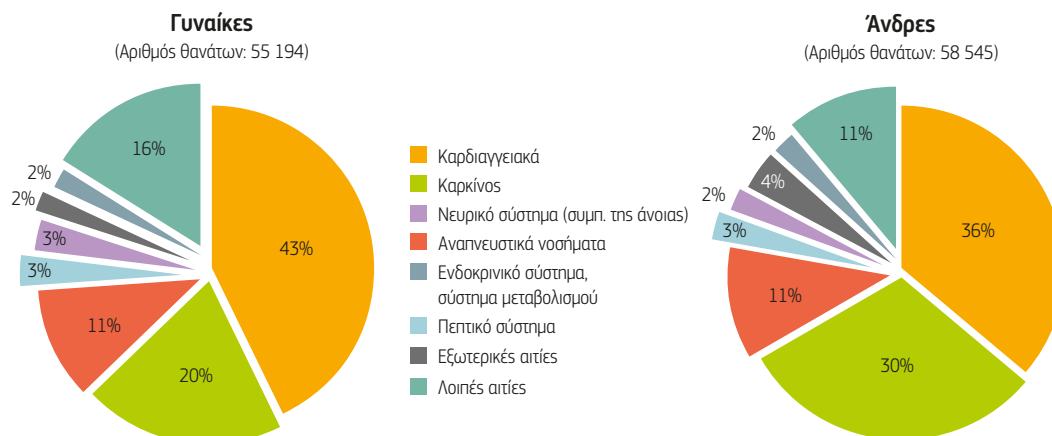
Παρά τη μείωση κατά 14% του αριθμού των θανάτων από το 2000, τα καρδιαγγειακά νοσήματα παραμένουν η πρώτη αιτία θανάτου, καθώς ευθύνονται για τα δύο πέμπτα όλων των θανάτων στις γυναίκες και για περίπου το ένα τρίτο στους άντρες (σχήμα 2). Μεταξύ των συνολικά 45 000 θανάτων αυτής της κατηγορίας, τα εγκεφαλικά επεισόδια, οι ισχαιμικές καρδιοπάθειες και άλλα καρδιακά νοσήματα εξακολουθούν να έχουν τη μεγαλύτερη επίπτωση στη συνολική θνησιμότητα (σχήμα 3).

Ο καρκίνος είναι η δεύτερη κυριότερη αιτία θανάτου, καθώς ευθύνεται για το 20% των θανάτων μεταξύ των γυναικών και το 30% μεταξύ των αντρών, ήτοι για περίπου 29 000 θανάτους. Παρότι το συνολικό ποσοστό του καρκίνου δεν έχει μεταβληθεί σημαντικά από το 2000, τα αποτελέσματα σχετικά με μεμονωμένα περιστατικά καρκίνου

παρουσιάζουν μια πιο διαφοροποιημένη εικόνα. Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η κύρια αιτία θνησιμότητας λόγω καρκίνου, με πενταπλάσιο ποσοστό στους άντρες σε σχέση με τις γυναίκες και αύξηση 27% στον συνολικό αριθμό θανάτων μεταξύ 2000 και 2014. Τα ποσοστά για διάφορους άλλους τύπους καρκίνου παραμένουν σταθερά, αλλά παρουσιάζονται αυξήσεις στον απόλυτο αριθμό θανάτων, οι οποίες αντικατοπτρίζουν τη γήρανση του πληθυσμού: καρκίνος του παχέος εντέρου (αύξηση 51%), καρκίνος του μαστού (αύξηση 25%), καρκίνος του παγκρέατος (αύξηση 55%) και καρκίνος του προστάτη (αύξηση 35%).

Μετά την οικονομική κρίση, υπήρξε αξιοσημείωτη αύξηση στους θανάτους λόγω αυτοκτονίας (από 362 ετήσιο μέσο όρο μεταξύ 2000–08 σε 475 μεταξύ 2009–2014). Από την άλλη πλευρά, σημαντική (38%) ήταν η μείωση στον αριθμό των θανάτων που σχετίζονται με τροχαία ατυχήματα μετά το 2009, παρότι το ποσοστό παραμένει μεταξύ των υψηλότερων στην ΕΕ (ενότητα 5.1).

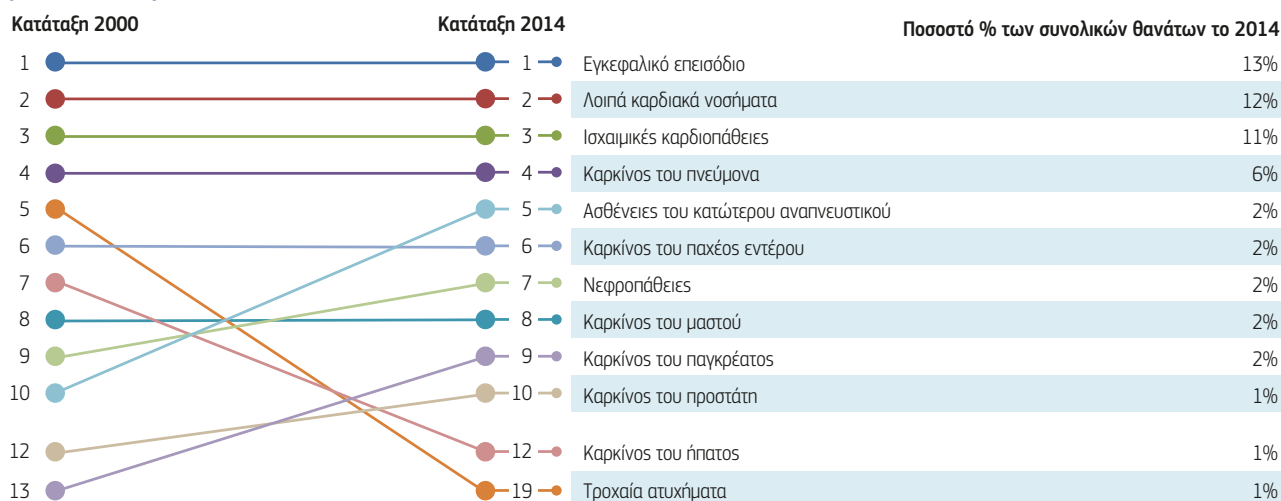
Σχήμα 2. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο καρκίνος προκαλούν την πλειονότητα των θανάτων τόσο στους άντρες όσο και στις γυναίκες



Σημείωση: Τα στοιχεία παρουσιάζονται ανά ευρύτερο κεφάλαιο της διεθνούς ταξινόμησης των νόσων (ICD). Η άνοια προστέθηκε στο κεφάλαιο των νοσημάτων του νευρικού συστήματος, για να συμπεριληφθεί μαζί με τη νόσο του Alzheimer (την κύρια μορφή άνοιας).

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

Σχήμα 3. Οι τέσσερις συνηθέστερες αιτίες θανάτου παραμένουν αμετάβλητες αλλά τα τροχαία ατυχήματα μειώθηκαν δραστικά



Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat.

Οι χρόνιες παθήσεις είναι οι κύριοι καθοριστικοί παράγοντες για τα έτη ζωής που σταθμίζονται ως προς τις επιβαρύνσεις που επιφέρει η ασθένεια στην υγεία

Οι κύριοι καθοριστικοί παράγοντες για τα έτη ζωής που σταθμίζονται ως προς τις επιβαρύνσεις που επιφέρει η ασθένεια στην υγεία³ (DALY), συνυπολογιζόμενης της επιβάρυνσης λόγω θνησιμότητας και νοσηρότητας, είναι οι ισχαιμικές καρδιοπάθειες και ακολουθούν οι μυοσκελετικές διαταραχές (μεταξύ αυτών η οσφυαλγία και η αυχεναλγία) και ο καρκίνος του πνεύμονα. Η επιβάρυνση λόγω της νόσου του Alzheimer και άλλων τύπων άνοιας έχει επίσης αυξηθεί δραστικά από το 2000, καθώς τα σχετιζόμενα DALY έχουν σημειώσει άνοδο άνω του 50% (IHME, 2016).

Με βάση αυτοαναφερόμενα στοιχεία της Ευρωπαϊκής Έρευνας για την Υγεία βάσει ερωτηματολογίου (EHIS), ένα στα πέντε άτομα στην Ελλάδα

πάσχει από υπέρταση, ένα στα δέκα από διαβήτη και περίπου ένα στα είκοσι από άσθμα. Ο επιπολασμός αυτών των χρόνιων νοσημάτων εμφανίζει μεγάλες ανισότητες ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης. Συγκριτικά με άτομα που κατέχουν το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, τα άτομα με το κατώτερο επίπεδο εκπαίδευσης είναι πολύ πιθανότερο να πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια, όπως ο διαβήτης (τέσσερις φορές πιθανότερο), η υπέρταση και η χρόνια κατάθλιψη (τρεις φορές), το άσθμα ή άλλα χρόνια αναπνευστικά νοσήματα (πάνω από δύο φορές)⁴. Η ηπατίτιδα Β και η ηπατίτιδα C συνιστούν επίσης αναδυόμενα προβλήματα, με υψηλό επιπολασμό της μόλυνσης στον γενικό πληθυσμό (ECDC, 2016· βλ. επίσης ενότητα 5.1).

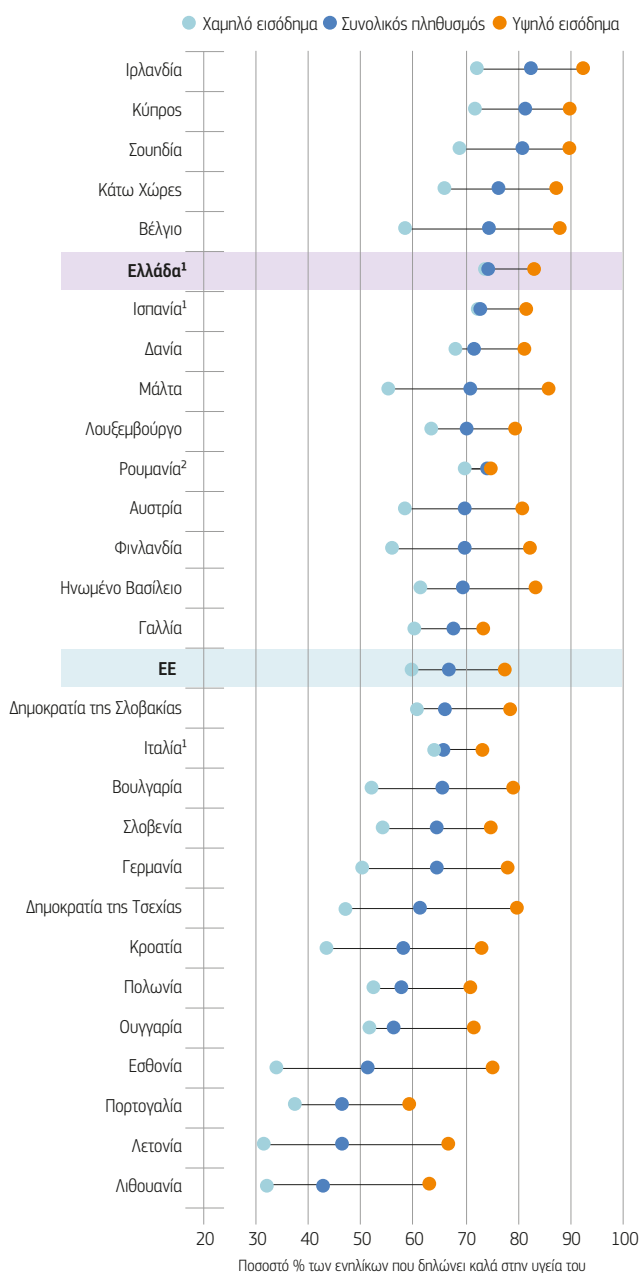
3. Το DALY είναι δείκτης που χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό των συνολικών απολεσθέντων ετών λόγω συγκεκριμένων ασθενειών και παραγόντων κινδύνου. Ένα DALY ισοδυναμεί με την απώλεια ενός έτους υγιούς ζωής (IHME).

4. Οι ανισότητες ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο μπορεί να αποδοθούν εν μέρει στο υψηλότερο ποσοστό ηλικιωμένων ατόμων με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, αν και ο παράγοντας αυτός δεν αρκεί από μόνος του για να δικαιολογήσει όλες τις κοινωνικοοικονομικές διαφορές.

Το ποσοστό αυτοαναφερόμενης καλής υγείας έχει μειωθεί κατά την τελευταία δεκαετία, αλλά ελάχιστα

Σχεδόν τα τρία τέταρτα του πληθυσμού στην Ελλάδα (74%) δηλώνουν καλά στην υγεία τους, ποσοστό υψηλότερο από τις περισσότερες υπόλοιπες χώρες της ΕΕ (σχήμα 4), αλλά ελαφρώς χαμηλότερο σε σχέση με πριν από 10 χρόνια (77% το 2005).

Σχήμα 4. Η πλειονότητα του ελληνικού πληθυσμού δηλώνει ότι έχει καλή υγεία



1. Τα ποσοστά για τον συνολικό πληθυσμό και τον πληθυσμό χαμηλού εισοδήματος είναι περίπου τα ίδια.
2. Τα ποσοστά για τον συνολικό πληθυσμό και τον πληθυσμό υψηλού εισοδήματος είναι περίπου τα ίδια.

Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat, βάσει των στατιστικών της ΕΕ για το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης (EU-SILC) (τα στοιχεία αφορούν το 2015).

3 Παράγοντες κινδύνου

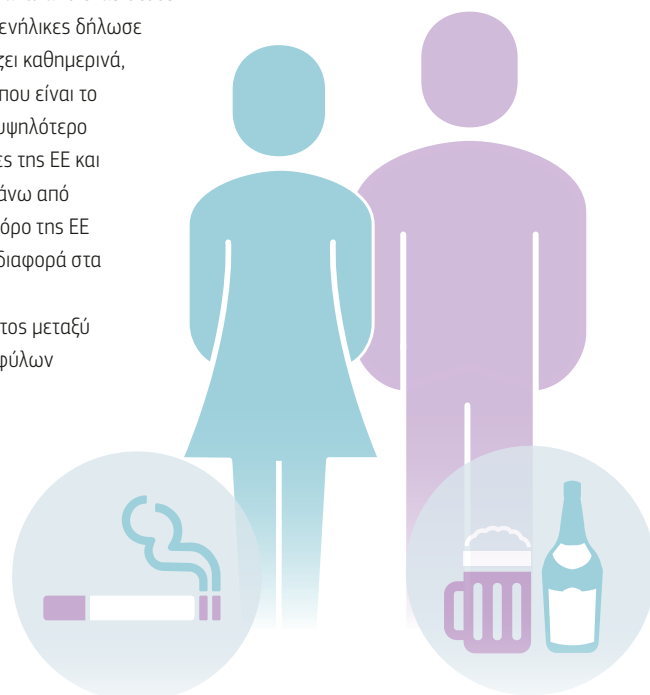
Η διατροφή και η κατανάλωση αλκοόλ είναι σε καλό επίπεδο αλλά οι παράγοντες που συνδέονται με τη συμπεριφορά συμβάλλουν αισθητά στα προβλήματα υγείας

Η σχετικά καλή κατάσταση της υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα συνδέεται ανέκαθεν με μια σειρά παραγόντων, μεταξύ των οποίων η πιο υγιεινή διατροφή και η χαμηλότερη κατανάλωση αλκοόλ. Ωστόσο, με βάση εκτιμήσεις του Ινστιτούτου Μέτρησης και Αξιολόγησης της Υγείας, 30% της συνολικής επιβάρυνσης από ασθένειες στην Ελλάδα το 2015 (καταμετρημένο με βάση DALYs) μπορεί να αποδοθεί σε παράγοντες κινδύνου εξαρτώμενους από τη συμπεριφορά, ιδίως το κάπνισμα, αλλά πιο πρόσφατα και σε διατροφικούς κινδύνους και σε έλλειψη σωματικής άσκησης (IHME, 2016).

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία του 2008 επικεντρωνόταν σε αυτούς τους τομείς, αλλά δεν υλοποιήθηκε (βλ. ενότητα 5.1). Επιπλέον, από την έναρξη της οικονομικής κρίσης, το κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο στην Ελλάδα έχει μεταβληθεί, με αυξανόμενο τον κίνδυνο φτώχειας, υψηλά ποσοστά ανεργίας και σημαντική πίεση στους προϋπολογισμούς των νοικοκυριών (βλ. ενότητα 5.2). Οι παράγοντες αυτοί έχουν ήδη αντίκτυπο στις συμπεριφορές υγείας των ατόμων και στην κατάσταση της υγείας (Filippidis κ.ά., 2017).

Το κάπνισμα παραμένει σημαντικό ζήτημα για τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα

Παρότι τα ποσοστά καπνίσματος μειώνονται, το 2014 πάνω από ένας στους τέσσερις ενήλικες δήλωσε ότι καπνίζει καθημερινά, ποσοστό που είναι το δεύτερο υψηλότερο στις χώρες της ΕΕ και αρκετά πάνω από τον μέσο όρο της ΕΕ (21%). Η διαφορά στα ποσοστά καπνίσματος μεταξύ των δύο φύλων



εξακολουθεί να είναι μεγάλη: 21% για τις γυναίκες έναντι 34% για τους άντρες. Επιπλέον, ένα στα έξι 15χρονα αγόρια (16%) και ένα στα οκτώ 15χρονα κορίτσια (13%) είναι επίσης τακτικοί καπνιστές. Έως σήμερα, η απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους είχε πλημμελή εφαρμογή και δεν υπήρξε ιδιαίτερα αποτελεσματική στη μείωση των ποσοστών καπνίσματος (ενότητα 5.1).

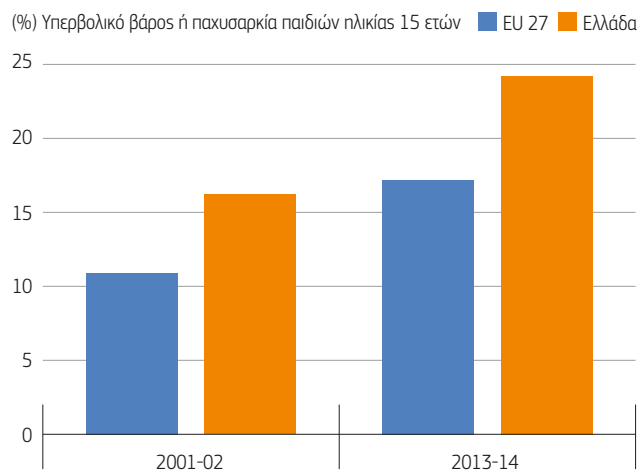
Η κατανάλωση αλκοόλ είναι από τις χαμηλότερες στην ΕΕ

Αντίθετα, η κατανάλωση αλκοόλ στην Ελλάδα, είτε υπολογίζεται με βάση τη συνολική κατανάλωση αλκοόλ είτε ως ποσοστό των ενηλίκων που αναφέρουν περιστασιακή υπέρμετρη κατανάλωση αλκοόλ («ευκαιριακή άμετρη κατανάλωση αλκοόλ»),⁵ είναι σχετικά χαμηλή σε σχέση με τις περισσότερες άλλες χώρες της ΕΕ (βλ. επίσης το σχήμα 5). Συνολικά, οι ενήλικες κατανάλωσαν 7,5 λίτρα αλκοόλ το 2014, δηλαδή 2,5 λίτρα λιγότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ, εμφανίζοντας τη δεύτερη χαμηλότερη ποσότητα μεταξύ των κρατών μελών. Το ποσοστό των Ελλήνων ενηλίκων που ανέφεραν περιστασιακή υπέρμετρη κατανάλωση αλκοόλ το 2014 ήταν το πέμπτο χαμηλότερο από όλες τις χώρες της ΕΕ (10% σε σύγκριση με μέσο όρο 20% στην ΕΕ).

Τα ποσοστά υπερβολικού βάρους και παχυσαρκίας είναι πολύ υψηλά στα παιδιά, ιδίως στα αγόρια

Πάνω από ένας στους έξι ενήλικες στην Ελλάδα (17%) ήταν παχύσαρκος το 2014, ποσοστό ελαφρώς υψηλότερο από τον μέσο όρο (15%) της ΕΕ. Σημαντικές είναι οι διαφορές ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης: τα άτομα με κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση έχουν σχεδόν διπλάσιες

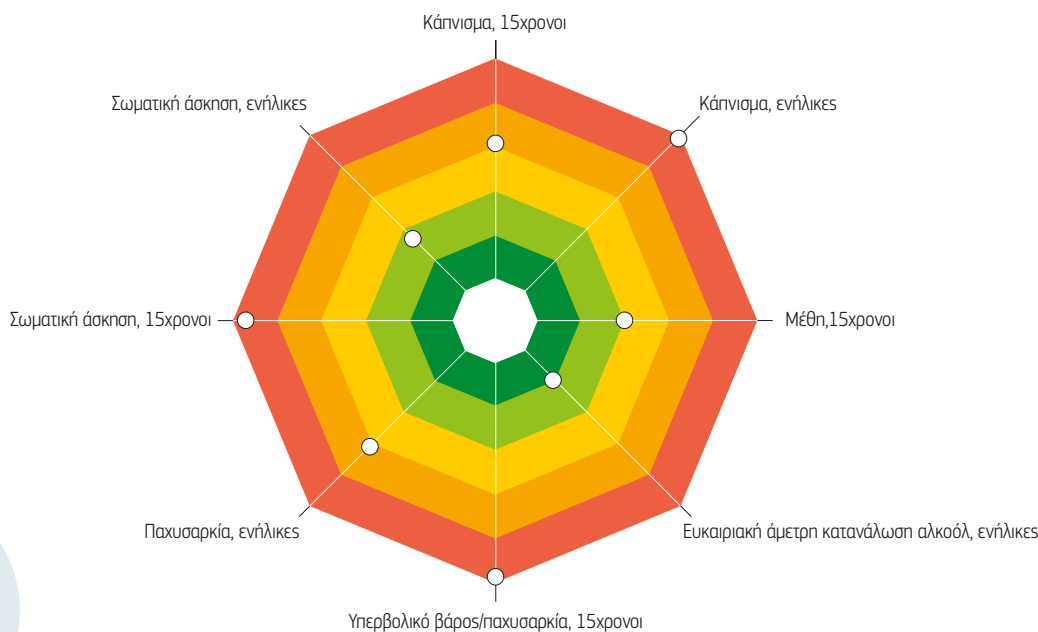
Σχήμα 6 Τα ποσοστά παιδικής παχυσαρκίας αυξήθηκαν κατά 50% μέσα σε μια δεκαετία



Πηγή: Eurostat Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat

πιθανότητες να είναι παχύσαρκα σε σχέση με άτομα πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (22% έναντι 13%). Τα προβλήματα υπερβολικού βάρους και παχυσαρκίας στα παιδιά και στους εφήβους αυξήθηκαν επίσης και η χώρα καταλάμβανε τη δεύτερη υψηλότερη θέση στην ΕΕ, μετά τη Μάλτα (2013-14). Σχεδόν ένας στους τέσσερις 15χρονους (24%) ήταν υπέρβαρος ή παχύσαρκος (Σχήμα 6), ενώ το ποσοστό ήταν διπλάσιο στα αγόρια (32%) σε σχέση με τα κορίτσια (16%). Οι Έλληνες έφηβοι παρουσιάζουν επίσης ισχνά αποτελέσματα όσον αφορά την τακτική σωματική άσκηση.

Σχήμα 5. Το κάπνισμα, το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία αποτελούν σημαντικά ζητήματα δημόσιας υγείας στην Ελλάδα



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

Πηγή: Υπολογισμοί του ΟΟΣΑ σύμφωνα με τη βάση δεδομένων της Eurostat (έρευνα EHIS κατά ή περί το 2014), στατιστικές του ΟΟΣΑ για την υγεία και την έρευνα HBSC το 2013-14. (Σχεδίαση διαγράμματος: Laboratorio MeS).

5. Ως συμπεριφορά ευκαιριακής άμετρης κατανάλωσης αλκοόλ ορίζεται η κατανάλωση έξι ή περισσότερων οινοπνευματωδών ποτών ανά περίπτωση, τουλάχιστον μία φορά τον μήνα κατά το περασμένο έτος.

4 Το σύστημα υγείας

Η οικονομική κρίση προκάλεσε αλλαγές ευρείας κλίμακας

Το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα μεικτό σύστημα, που συνδυάζει την κοινωνική ασφάλιση υγείας (ΚΑΥ) και το κεντρικά χρηματοδοτούμενο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Από το 2010 έχουν ξεκινήσει σημαντικές διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις και μεταρρυθμίσεις με γνώμονα την αποδοτικότητα, πολλές από τις οποίες εντάσσονται στο πλαίσιο του προγράμματος οικονομικής προσαρμογής (ΠΟΠ) της χώρας. Σημαντική μεταρρύθμιση αποτέλεσε η δημιουργία το 2011 του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), μέσω της συγχώνευσης των κλάδων υγείας των κύριων (βάσει επαγγέλματος) ταμείων κοινωνικής ασφάλισης, ο οποίος πλέον λειτουργεί ως ο κύριος αγοραστής υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, τα σχέδια για μεταβίβαση περισσότερων αρμοδιοτήτων στις περιφερειακές υγειονομικές αρχές είχαν μικρότερο αντίκτυπο και ο τομέας της υγείας εξακολουθεί να χαρακτηρίζεται από μεγάλο βαθμό συγκέντρωσης.

Οι δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν τα τελευταία χρόνια

Η βαθιά και διαρκής οικονομική κρίση εξακολουθεί να επιδρά στο σύστημα υγείας. Η Ελλάδα δαπάνησε 8,4% του ΑΕΠ στην υγεία το 2015, αλλά, στο πλαίσιο του δραστηρίως συρρικνούμενου ΑΕΠ, οι δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν στην πραγματικότητα. Η κατά κεφαλή δαπάνη μειώθηκε από 2 287 EUR το 2009 σε 1 650 EUR το 2015 (προσαρμοσμένη ανάλογα με τις διαφορές στην αγοραστική δύναμη), μείωση ύψους 28%, η οποία

κατατάσσει την Ελλάδα αρκετά χαμηλά σε σχέση με τον μέσο όρο στην ΕΕ (σχήμα 7).

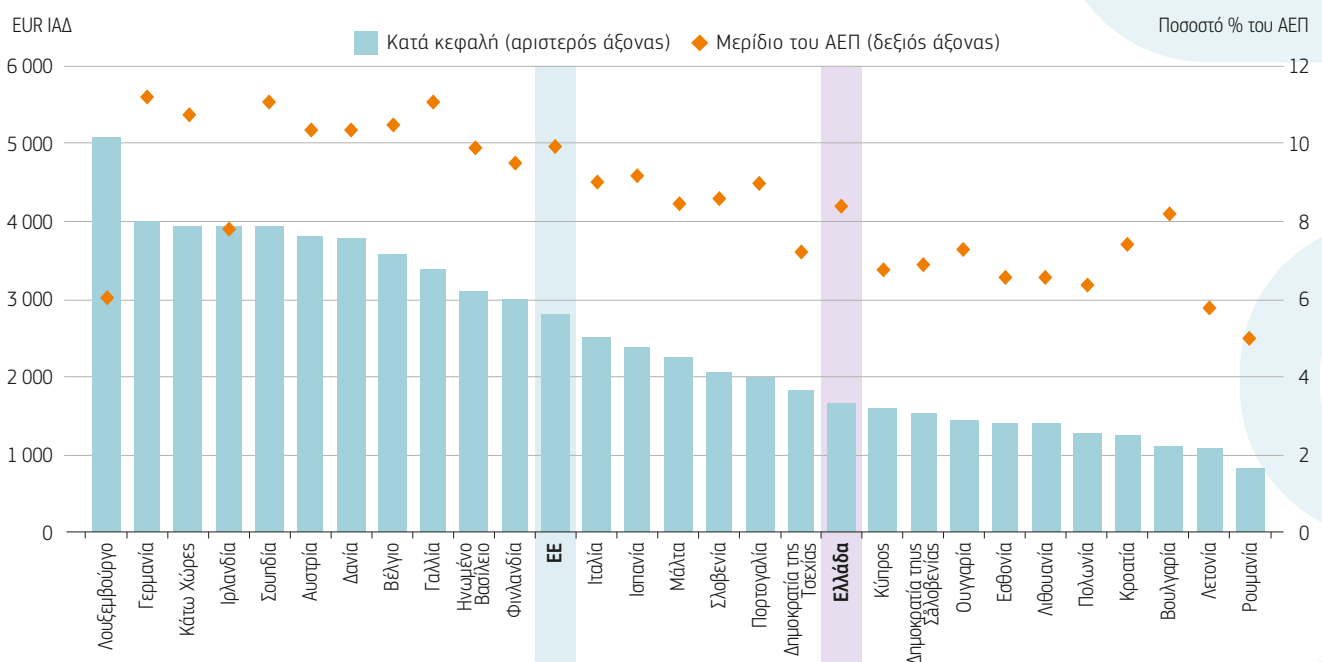
Παρότι παραδοσιακά η δημόσια δαπάνη για την υγεία στην Ελλάδα ποτέ δεν υπερέβη τον μέσο όρο της ΕΕ, η κρίση επέφερε σημαντικό αντίκτυπο. Με στόχο την επίτευξη αποδοτικότερης χρησιμοποίησης των δημοσίων πόρων, κατά το πρώτο ΠΟΠ τέθηκε ως ανώτατο όριο το 6% του ΑΕΠ προκειμένου να μειωθούν οι συνολικές δαπάνες του δημοσίου τομέα. Αν και στα επόμενα ΠΟΠ δεν αποτελούσε πλέον ρητό στόχο, εξακολουθεί να καθορίζει τα μέτρα δημοσιονομικής βιωσιμότητας. Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία αντιστοιχούν στο 5% του ΑΕΠ σε σχέση με 7,2% που είναι ο μέσος όρος στην ΕΕ και αντιπροσωπεύουν μόλις το 59% των συνολικών δαπανών για την υγεία, το τέταρτο χαμηλότερο ποσοστό μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ (βλ. επίσης σχήμα 12).

Οι υψηλές άμεσες δαπάνες από τους ασθενείς είναι χαρακτηριστικό του συστήματος υγείας

Στο παρελθόν, η κάλυψη συνδεόταν κυρίως με το καθεστώς απασχόλησης μέσω των ασφαλιστικών ταμείων υγείας (ΑΤΥ) για τους εργαζόμενους και τις οικογένειές τους. Ωστόσο, από το 2016⁶ η κάλυψη έγινε καθολική,

6. Το 2014 θεσπίστηκε με νόμο η καθολική πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Σε όλους τους Έλληνες πολίτες δόθηκε το δικαίωμα πρόσβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, συμπεριλαμβανομένων των διαγνωστικών εξετάσεων. Με μεταγενέστερη νομοθεσία θεσπίστηκε δωρεάν πρόσβαση στα δημόσια νοσοκομεία και δικαίωμα σε φαρμακευτική περίθαλψη για τους ανασφάλιστους, με τους ίδιους όρους και τις ίδιες συμμετοχές στις πληρωμές που ίσχυαν για τους ασφαλισμένους. Ωστόσο, εξαιτίας διαφόρων διοικητικών εμποδίων τα μέτρα αυτά αποδυναμώθηκαν σημαντικά και το 2016 απαιτήθηκε νέα δράση.

Σχήμα 7. Η Ελλάδα δαπανά λιγότερα από τα δύο τρίτα του μέσου όρου στην ΕΕ για υγειονομική περίθαλψη



Πηγές: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την υγεία· βάση δεδομένων της Eurostat· βάση δεδομένων του ΠΟΥ για τις δαπάνες υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο (τα στοιχεία αφορούν το 2015).

χάρη στη νομοθεσία που εξασφαλίζει πως όλοι οι Έλληνες πολίτες, συμπεριλαμβανομένων όσων έχουν χάσει την ασφαλιστική κάλυψη λόγω ανεργίας ή αδυναμίας καταβολής των εισφορών, μπορούν και πάλι να έχουν πρόσβαση στη δέσμη παροχών υγείας. Ωστόσο, η απώλεια του δικαιώματος και της κάλυψης από το 2009 έως το 2016 λόγω αύξησης της μακροχρόνιας ανεργίας ενδεχομένως να συνέβαλε στα αυξανόμενα ποσοστά μη ικανοποιούμενων αναγκών (ενότητα 5.2).

Οι υψηλές ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, κυρίως με τη μορφή άμεσων πληρωμών από τους ασθενείς, ήταν ανέκαθεν σημαντικό χαρακτηριστικό του ελληνικού συστήματος υγείας και εξακολουθούν να αυξάνονται. Το 2015 οι άμεσες πληρωμές συνιστούσαν πάνω από το ένα τρίτο (35%) των συνολικών δαπανών για την υγεία, ποσοστό υπερδιπλάσιο του μέσου όρου (15%) στην ΕΕ και το τέταρτο υψηλότερο μεταξύ των κρατών μελών. Ο κύριος όγκος των άμεσων πληρωμών από τους ασθενείς (90%) αφορά την αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών κι όχι τη συμμετοχή στις πληρωμές (βλ. ενότητα 5.2). Από τις εν λόγω ιδιωτικές δαπάνες, σχεδόν το ένα τρίτο αποτελείται από άτυπες πληρωμές που καταβάλλονται κυρίως σε χειρουργούς για να παρακαμφθούν οι λίστες αναμονής και για την εξασφάλιση της θεωρούμενης «καλύτερης φροντίδας».

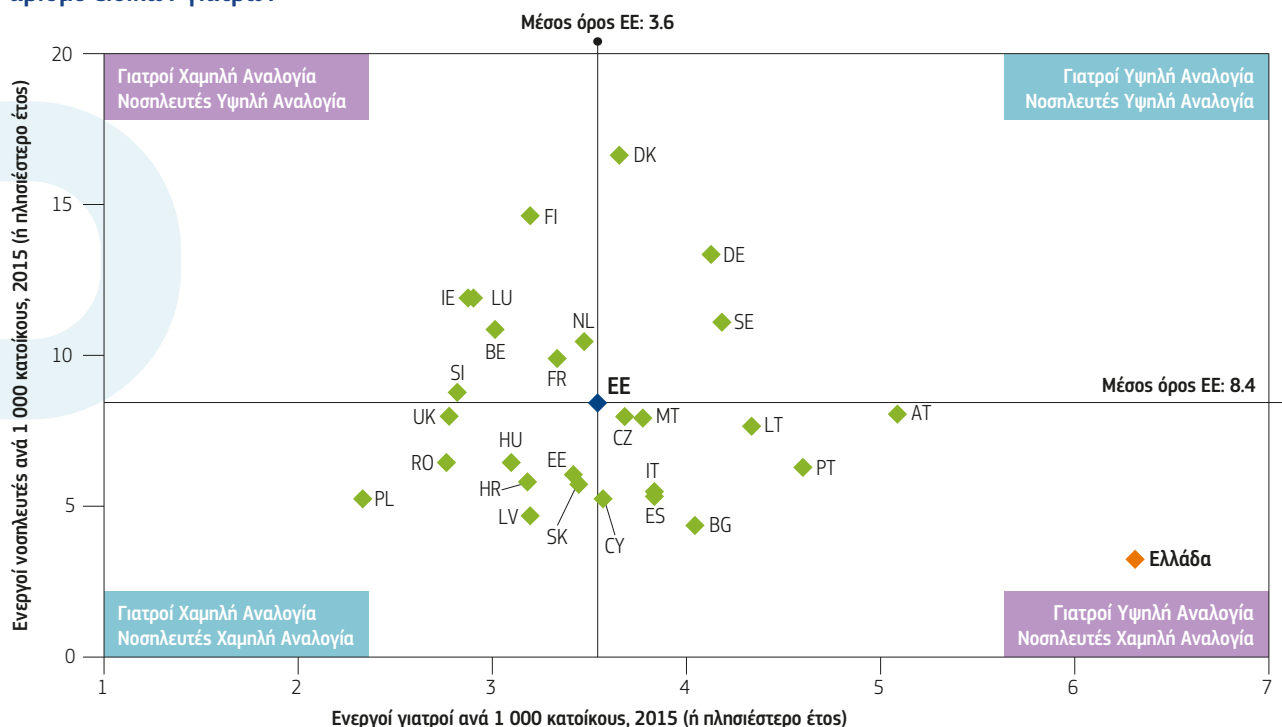
Οι πόροι και το προσωπικό υγείας είναι άνισα κατανομημένα στη χώρα

Οι υλικοί πόροι στην Ελλάδα κατανέμονται μεταξύ των δημόσιων νοσοκομείων και κέντρων υγείας και των ιδιωτικών νοσοκομείων, κλινικών και διαγνωστικών κέντρων. Πάνω από τα μισά από τα 283 νοσοκομεία της

χώρας (που διαθέτουν το 35% του συνολικού δυναμικού των κλινών) είναι ιδιωτικά νοσοκομεία κερδοσκοπικού χαρακτήρα, ενώ υπάρχουν και πάνω από 3 500 ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα. Οι υγειονομικές εγκαταστάσεις, το προσωπικό και ο ιατρικός εξοπλισμός είναι άνισα κατανομημένα στη χώρα, με μεγαλύτερη συγκέντρωση στις αστικές περιοχές και ελλιπή εξυπηρέτηση των αγροτικών περιοχών, γεγονός που συμβάλλει σε υψηλό επίπεδο μη ικανοποιούμενων αναγκών για ιατρική περίθαλψη (ενότητα 5.2). Για παράδειγμα, ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών οξείας νοσηλείας το 2015 (360 ανά 100 000 κατοίκους) δεν είναι μόνο κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ (418) αλλά καταδεικνύει επίσης τριπλάσια διαφορά ανάμεσα στον αριθμό των κλινών της μητροπολιτικής περιφέρειας Αττικής και των αγροτικών περιοχών της κεντρικής Ελλάδας.

Το πάγωμα των προσλήψεων εργαζομένων στον δημόσιο τομέα που επιβλήθηκε το 2010 ανέκοψε τη σταθερή αύξηση του ανθρώπινου δυναμικού που απασχολείται στην υγειονομική περίθαλψη, τάση η οποία χαρακτήριζε την περίοδο πριν από την κρίση. Οδήγησε σε μείωση κατά 15% του προσωπικού που απασχολείται σε νοσοκομεία – παρά το γεγονός αυτό, η Ελλάδα εξακολουθεί να καταγράφει μακράν την υψηλότερη αναλογία γιατρών σε σχέση με τον πληθυσμό (6,3 ανά 1 000) στην ΕΕ (αν και στους καταγεγραμμένους γιατρούς περιλαμβάνονται και οι άνεργοι· βλ. ενότητα 5.2). Η συντριπτική πλειονότητα των γιατρών είναι ειδικοί γιατροί και μόνο μια μικρή μειονότητα (6%) είναι γενικοί ή οικογενειακοί γιατροί. Σε αντίθεση με τον αριθμό των γιατρών, η αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού προς τον πληθυσμό είναι μακράν η χαμηλότερη στην ΕΕ (3,2 έναντι 8,4 ανά 1 000) (σχήμα 8).

Σχήμα 8. Η Ελλάδα αντιμετωπίζει ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό αλλά διαθέτει δυσανάλογα μεγάλο αριθμό ειδικών γιατρών



Σημείωση: Στην Πορτογαλία και στην Ελλάδα τα στοιχεία αναφέρονται σε όλους τους γιατρούς με άδεια άσκησης επαγγέλματος, με αποτέλεσμα τη μεγάλη υπερεκτίμηση του αριθμού των ενεργών γιατρών (π.χ. περίπου 30% στην Πορτογαλία). Για την Αυστρία και την Ελλάδα ο αριθμός των νοσηλευτών είναι υποτιμημένος, καθώς περιλαμβάνει μόνο όσους εργάζονται σε νοσοκομεία.

Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat.

Οι προσπάθειες επικεντρώνονται στην εγκαθίδρυση ενός δομημένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας

Οι υπηρεσίες του ΕΣΥ παρέχονται μέσω ενός συνδυασμού δημοσίων εγκαταστάσεων που λειτουργούν παράλληλα με μεγάλο αριθμό (διαφόρων ειδών) ιδιωτικών παρόχων συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ. Η μακράν πιο πιεστική ανάγκη του συστήματος υγείας είναι η δημιουργία αποτελεσματικού δικτύου υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, που θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού. Παραδοσιακά, η πλειονότητα των δημόσιων κέντρων υγείας, των αγροτικών και των ιδιωτικών ιατρείων δεν παρείχαν προληπτική περίθαλψη ή δεν δρούσαν ως ρυθμιστές παραπομπών (gatekeepers) και αντ' αυτού προσέφεραν ειδικές υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Ο συντονισμός μεταξύ των παρόχων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και των νοσοκομειακών γιατρών εξακολουθεί να είναι περιορισμένος. Επιπλέον, η κατανομή των δημοσίων εγκαταστάσεων και του προσωπικού σε όλη τη χώρα είναι ιδιαίτερα άνιση. Η απάντηση της κυβέρνησης είναι ένα νέο σχέδιο για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, το οποίο αποσκοπεί στον μετασχηματισμό των υπαρχουσών εγκαταστάσεων. Η πιλοτική φάση ξεκίνησε στο τέλος του 2017, ενώ η πλήρης εφαρμογή εκτείνεται σε διάρκεια τριών ετών (πλαίσιο 1).

ΠΛΑΙΣΙΟ 1. ΜΙΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟΣΚΟΠΕΙ ΣΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Το πλέον πρόσφατο σχέδιο για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, που ξεκίνησε το 2017, στοχεύει στον εξορθολογισμό των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας πρώτης επαφής και στη δημιουργία δεύτερης βαθμίδας υποδομών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Επίσης, θα ενισχυθούν οι δραστηριότητες πρωτοβάθμιας πρόληψης και προαγωγής της υγείας. Οι περιφερειακές υγειονομικές αρχές αναμένεται να συντονίζουν τις υπηρεσίες. Θα υπάρχει ένα σύστημα παραπομπών (gatekeeping) και θα ζητείται από τους ασθενείς να εγγράφονται στην τοπική τους μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι μονάδες αυτές θα στελεχωθούν με διεπιστημονικές ομάδες, οι οποίες θα συμπεριλαμβάνουν γιατρούς, νοσηλευτές και κοινωνικούς λειτουργούς, με στόχο την καθιέρωση πιο ολοκληρωμένης περίθαλψης. Η επιτυχία της μεταρρύθμισης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εξαρτάται από την επάρκεια των πόρων, το επίπεδο στελέχωσης και την ικανότητα των περιφερειακών αρχών να ενεργούν ως συντονιστές.

5 Απόδοση του συστήματος υγείας

5.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η αποτρεπτή θνησιμότητα μειώθηκε συνολικά, αλλά οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών είναι αισθητές

Συνολικά, η αποτρεπτή (θεραπεύσιμη) θνησιμότητα⁷ μειώθηκε σταθερά στη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, για να φτάσει λίγο κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ (125 ανά 100 000 κατοίκους έναντι 126), γεγονός που υποδηλώνει ότι οι υπηρεσίες υγείας έχουν αντίκτυπο ως προς αυτό. Ωστόσο, παραμένει υψηλότερη από ορισμένες χώρες της ΕΕ και η διαφορά στο ποσοστό μεταξύ αντρών και γυναικών είναι εντυπωσιακή (σχήμα 9).

Όσον αφορά τις θεραπεύσιμες μορφές καρκίνου, όπως ο καρκίνος του παχέος εντέρου, ο καρκίνος του μαστού και ο καρκίνος του προστάτη, τα ποσοστά κρουσμάτων είναι σημαντικά χαμηλότερα από τον μέσο όρο της ΕΕ (δύο ή τρεις φορές χαμηλότερα), αλλά τα ποσοστά θνησιμότητας είναι ίδια. Από αυτή την άποψη, είναι αξιοσημείωτο ότι δεν υπάρχουν προγράμματα πληθυσμιακού ή συστημιακού προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου στην Ελλάδα και έτσι η υιοθέτηση του προληπτικού, προσυμπτωματικού ελέγχου είναι χαμηλή, με αποτέλεσμα να καθίσταται προβληματική η έγκαιρη θεραπεία. Επιπρόσθετα, το παρόν σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας δεν είναι προσανατολισμένο προς δραστηριότητες προαγωγής της υγείας και πρόληψης, ενώ μεγάλη διαφοροποίηση υπάρχει στην κατάρτιση των γιατρών και στην ενημέρωσή τους σχετικά με μεθόδους έγκαιρης ανίχνευσης. Θετικό στοιχείο είναι ότι πρόσφατα προστέθηκε μια νέα σειρά

διαγνωστικών εξετάσεων, πολλές από τις οποίες χρησιμοποιούνται για προσυμπτωματικό έλεγχο, στον κατάλογο των αποζημιούμενων εξετάσεων.

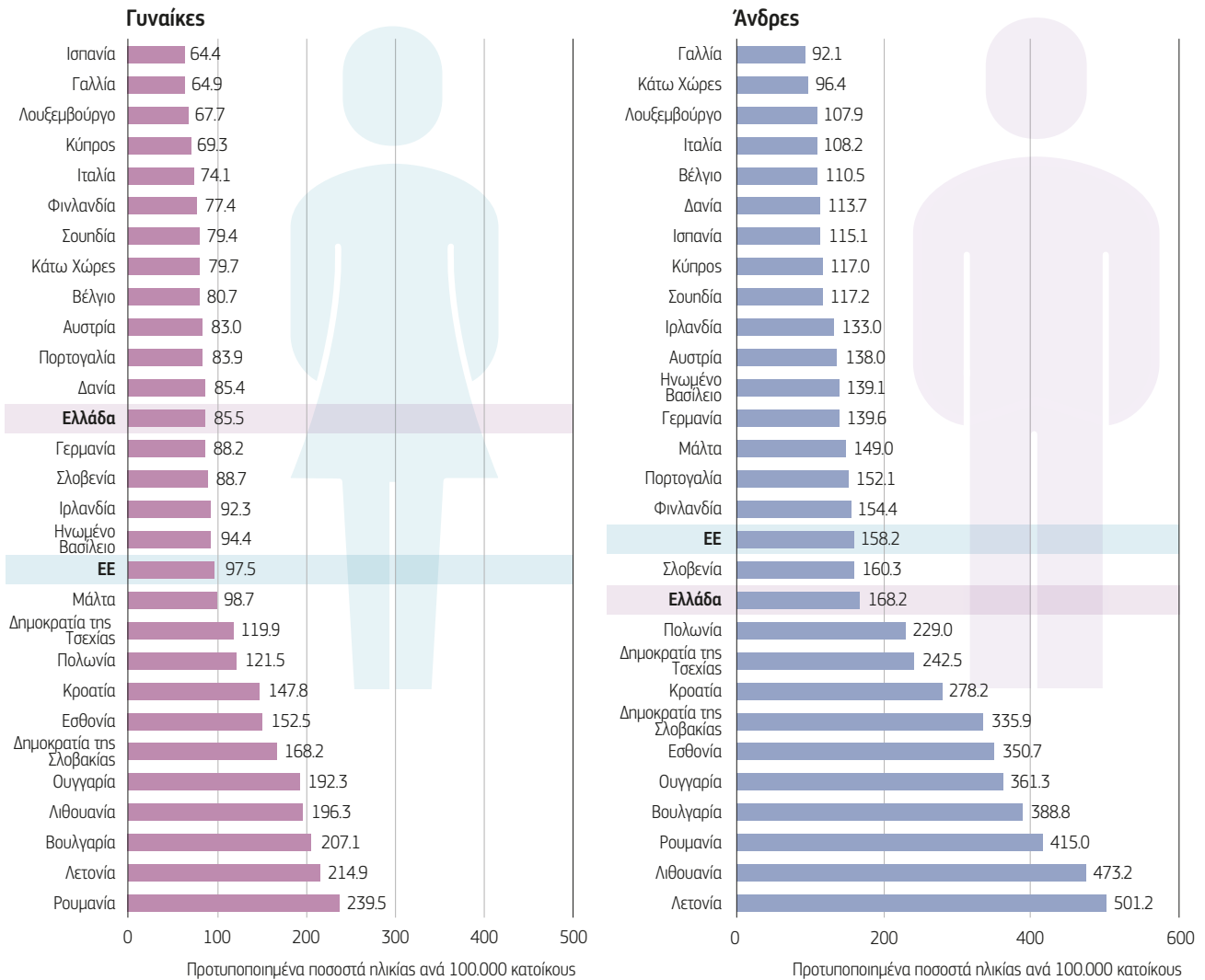
Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η πρωταρχική αιτία αποτρέψιμης θνησιμότητας και οι πρωτοβουλίες στον τομέα της δημόσιας υγείας είναι περιορισμένες

Η Ελλάδα εμφανίζει μεικτή εικόνα όσον αφορά τους θανάτους που μπορούν να προληφθούν μέσω διατομεακών πολιτικών – είναι αυξημένοι λόγω των υψηλών ποσοστών καπνίσματος και των θανάτων λόγω τροχαίων ατυχημάτων, αλλά αντισταθμίζονται από τα χαμηλά επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ (βλ. ενότητα 3). Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η πρώτη αιτία θνησιμότητας λόγω καρκίνου στους άντρες και η δεύτερη υψηλότερη στις γυναίκες, μετά τον καρκίνο του μαστού. Οι θάνατοι έχουν αυξηθεί τα τελευταία χρόνια και υπερβαίνουν πλέον τον μέσο όρο της ΕΕ (62 ανά 100 000 κατοίκους έναντι 54 το 2014). Ενώ τα ποσοστά θνησιμότητας είναι χαμηλότερα από τον μέσο όρο της ΕΕ στις γυναίκες, η εικόνα είναι αρκετά διαφορετική στους άντρες, όπου καταγράφεται σημαντικά υψηλότερη θνησιμότητα (110 θάνατοι ανά 100 000 έναντι 85 στην ΕΕ). Παρότι τα ποσοστά καπνίσματος στους άντρες είναι υψηλότερα, τα στοιχεία ενδεχομένως να υποδηλώνουν επίσης ζητήματα που σχετίζονται με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Δεδομένων των απειλών για την υγεία, το 2010 η Ελλάδα ψήφισε νομοθεσία για την απαγόρευση του καπνίσματος στους χώρους εργασίας και σε όλους τους δημόσιους χώρους, συμπεριλαμβανομένων των εστιατορίων, των μπαρ και των νυχτερινών κέντρων διασκέδασης. Ωστόσο, η επιβολή υπήρξε

7. Η αποτρεπτή θνησιμότητα αναφέρεται σε πρόωπους θανάτους που θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί μέσω έγκαιρης και αποτελεσματικής υγειονομικής περίθαλψης.

Σχήμα 9. Το ποσοστό αποτρεπτής θνησιμότητας στους άντρες είναι διπλάσιο σε σχέση με τις γυναίκες



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

πλημμελής και η απαγόρευση φαίνεται πως αγνοείται σε μεγάλο βαθμό, με εξαίρεση τις δημόσιες συγκοινωνίες και τις ιατρικές εγκαταστάσεις. Το 2016 ψηφίστηκε νέα νομοθεσία προς ενίσχυση του προηγούμενου νόμου, με επιπλέον μέτρα σχετικά με την πώληση και τη διαφήμιση προϊόντων καπνού, αλλά είναι πολύ νωρίς για να αξιολογηθούν τα αποτελέσματα και σίγουρα θα απαιτηθούν νέες προσπάθειες για την επιβολή της απαγόρευσης του καπνίσματος προκειμένου να υπάρξει αντίκτυπος όσον αφορά τα αποτελέσματα στην υγεία.

Πέρα από τις στοιχειώδεις εκστρατείες ενημέρωσης για την επικινδυνότητα της χρήσης καπνού και της κατανάλωσης αλκοόλ, δεν υπάρχουν συγκεκριμένες εθνικές στρατηγικές για να αντιμετωπιστούν οι παράγοντες κινδύνου των σχετιζόμενων ασθενειών. Γενικότερα, η σημασία που δίνεται στις στρατηγικές για τη δημόσια υγεία είναι περιορισμένη, όπως φαίνεται και από το γεγονός ότι το πρώτο τετραετές εθνικό σχέδιο δράσης για τη δημόσια υγεία, που εκδόθηκε το 2008 (εστιάζοντας σε 16 κύριους παράγοντες κινδύνου για την υγεία), δεν υλοποιήθηκε ποτέ.

Οι θάνατοι λόγω τροχαίων είναι πολλοί αλλά μειώνονται και οι θάνατοι λόγω αλκοόλ είναι λίγοι

Παρότι ο αριθμός των θανάτων εξαιτίας τροχαίων ατυχημάτων είναι υψηλός, μειώνεται σταθερά από το 2009 (βλ. ενότητα 2), λόγω καλύτερης επιβολής των μέτρων οδικής ασφάλειας από την αστυνομία, ιδιαίτερα όσον αφορά την υπερβολική ταχύτητα και την οδήγηση σε κατάσταση μέθης. Οι προσπάθειες αυτές ενισχύθηκαν λόγω του αντίκτυπου της οικονομικής κρίσης, στο πλαίσιο της οποίας παρατηρήθηκε μείωση της διανυόμενης απόστασης, της υπερβολικής ταχύτητας και της επιθετικής οδηγικής συμπεριφοράς. Εν τούτοις, τα ποσοστά παραμένουν σχετικά υψηλά, γι' αυτό και αναπτύχθηκε ένα εθνικό στρατηγικό σχέδιο για την οδική ασφάλεια, το οποίο περιλαμβάνει ευρωπαϊκούς στόχους για περαιτέρω μείωση των θανάτων μεταξύ 2010 και 2020. Ωστόσο, τα υποστηρικτικά συντονιστικά όργανά του δεν έχουν τεθεί σε πλήρη επιχειρησιακή λειτουργία (ΟΟΣΑ/ITF, 2015). Ακόμα πιο θετικό είναι το γεγονός ότι ο αριθμός των θανάτων από αιτίες που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ (5,1 ανά 100 000 κατοίκους) είναι ο χαμηλότερος στην Ευρώπη, στοιχείο που αποτυπώνει τα γενικά χαμηλά επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ.

Η εμβολιαστική κάλυψη είναι επαρκής, αν και υπάρχουν ανησυχίες για την προσέγγιση συγκεκριμένων ομάδων

Τα ποσοστά εμβολιασμού των παιδιών ηλικίας 12 μηνών ξεπερνούν το 96%, αλλά, με βάση ορισμένες μελέτες, παρατηρούνται καθυστερήσεις στις επαναληπτικές δόσεις. Επιπλέον, η εμβολιαστική κάλυψη των εφήβων δεν είναι η βέλτιστη, εξαιτίας, κυρίως, μη τήρησης της τελικής επαναληπτικής δόσης. Υπάρχουν επίσης προβλήματα λόγω χαμηλής κάλυψης συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων, όπως τα παιδιά οικογενειών Ελλήνων Ρομά (Παναγιωτόπουλος κ.ά., 2013). Από την άλλη πλευρά, το 2017 δρομολογήθηκε το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση της Ηπατίτιδας C, προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα υψηλά ποσοστά επιπολασμού (ενότητα 2).

Έλλειψη στρατηγικών διασφάλισης ποιότητας

Τυπικοί δείκτες για την αξιολόγηση της ποιότητας της οξείας νοσοκομειακής περίθαλψης, όπως τα ποσοστά ενδονοσοκομειακής θνητότητας από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ή ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο, δεν είναι διαθέσιμοι στην Ελλάδα. Παρότι υπάρχουν επιτροπές ποιότητας στα δημόσια νοσοκομεία, επιφορτισμένες να προάγουν τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών, δεν υπάρχει μηχανισμός δημόσιας υποβολής στοιχείων που να βασίζεται σε μια σειρά τυπικών δεικτών ποιότητας. Ορισμένοι εθνικοί φορείς ασχολούνται με την ποιότητα της περίθαλψης, αλλά εστιάζουν κυρίως σε ρυθμιστικές δραστηριότητες και όχι τόσο στην εφαρμογή συστηματικών προγραμμάτων διασφάλισης ποιότητας.

Ένα ζήτημα που προκαλεί αυξανόμενη ανησυχία είναι τα υψηλά ποσοστά νοσοκομειακών λοιμώξεων. Σύμφωνα με μελέτες, τα ποσοστά λοιμώξεων που σχετίζονται με τη χρήση συσκευών στις μονάδες εντατικής θεραπείας είναι υψηλά, ενώ μεγάλη είναι και η διαφοροποίηση μεταξύ νοσοκομείων όσον αφορά τον συνολικό αριθμό των περιστατικών λοίμωξης (κυμαίνονται από 230 έως 450 ανά μήνα) (Apostolourou et al., 2013· Dedoukou et al., 2011· ECDC, 2017). Η Ελλάδα καταγράφει επίσης πολύ υψηλά ποσοστά μικροβιακής αντοχής, γεγονός που οδήγησε σε κυβερνητική δράση το 2013 (πλαίσιο 2).

ΠΛΑΙΣΙΟ 2. Η ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΑΝΤΟΧΗ ΣΥΝΙΣΤΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΑΠΕΙΛΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η χώρα κατέχει ένα από τα υψηλότερα επίπεδα κατανάλωσης αντιβιοτικών και μικροβιακής αντοχής στην ΕΕ. Βάσει δεδομένων επιτήρησης προκύπτει ότι το 2015, οι νοσοκομειακές βακτηριακές λοιμώξεις από *Klebsiella pneumoniae* ήταν σε ποσοστό 61,9% ανθεκτικές στις καρβαπενέμες, μια σημαντική κατηγορία αντιβιοτικών τελευταίας γραμμής για την αντιμετώπιση των βακτηριακών λοιμώξεων. Πρόκειται για το υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ/ΕΟΧ (Ευρωπαϊκός Οικονομικός Χώρος) και κατά πολύ υψηλότερο από τη διάμεση τιμή (0,5%) στην ΕΕ/ΕΟΧ (ECDC, 2017). Το 2013 νέα νομοθεσία δρομολόγησε μια ολοκληρωμένη εθνική στρατηγική, η οποία περιλαμβάνει τη θέσπιση ετήσιων σχεδίων δράσης, ενισχυμένη υποχρεωτική επιτήρηση και κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας στην εφαρμογή μέτρων για τον έλεγχο των λοιμώξεων και την ορθή χρήση των αντιβιοτικών. Η εφαρμογή της βρίσκεται σε εξέλιξη και βασίζεται στη διαθεσιμότητα επαρκών πόρων και στην αυξανόμενη ευαισθητοποίηση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα δεν αποτρέπει την υπερβολική εξάρτηση από ειδικούς γιατρούς και την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη

Γενικότερα, το σύστημα απέτυχε στην πρόληψη αποτρέψιμων εισαγωγών στα νοσοκομεία για παθήσεις που θα μπορούσαν να έχουν αντιμετωπιστεί από την πρωτοβάθμια περίθαλψη (π.χ. για χειρουργικές, ΩΡΛ [ωτορινολαρυγγολογικές], οφθαλμολογικές, γυναικολογικές και ορθοπεδικές επείγουσες εισαγωγές) (Marinos et al., 2009· Vasileiou et al., 2009), γεγονός που υπογραμμίζει την αδυναμία του τρέχοντος συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Από την άλλη πλευρά, πρόσφατα αναπτύχθηκε μια σειρά πρωτοκόλλων θεραπείας για βασικά χρόνια νοσήματα.

5.2 ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ

Πρόσφατη νομοθεσία συμπληρώνει σημαντικά κενά κάλυψης και διασφαλίζει ισότιμη πρόσβαση

Η κρίση ανέδειξε το γεγονός ότι η κάλυψη (για υπηρεσίες υγείας) για την πλειονότητα όσων έμεναν άνεργοι ή αδυνατούσαν πλέον να καταβάλλουν τις εισφορές (όπως οι αυτοαπασχολούμενοι) σταματούσε έπειτα από ένα διάστημα που μπορούσε να φτάσει το μέγιστο δύο χρόνια. Το ποσοστό της εκρηκτικά αυξανόμενης ανεργίας (άνω του 25% το 2015) σήμαινε ότι η απώλεια κάλυψης ήταν πολύ σημαντική και επηρέασε κατά προσέγγιση 2,5 εκατ. άτομα (ή σχεδόν το ένα τέταρτο του πληθυσμού), συμπεριλαμβανομένων των εξαρτημένων μελών των πρώην ασφαλισμένων. Οι νομοθετικές απόπειρες για την αντιμετώπιση αυτού του κενού το 2013 και το 2014 αποδείχθηκαν ανεπιτυχείς, κυρίως λόγω διοικητικών εμποδίων. Αυτό ώθησε στη θέσπιση νέας νομοθεσίας το 2016, η οποία πλέον καθιστά δικαίωμα όλων των Ελλήνων πολιτών την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και παρέχει ολοκληρωμένη κάλυψη όχι μόνο σε αυτούς αλλά και στους παράτυπους μετανάστες και πρόσφυγες (βλ. επίσης πλαίσιο 3).

ΠΛΑΙΣΙΟ 3. ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Η Ελλάδα παραμένει στην πρώτη γραμμή, υποδεχόμενη μεγάλο αριθμό μεταναστών και προσφύγων που αναζητούν σημείο εισόδου στην ΕΕ. Μόνο το 2015, το κράτος και μη κυβερνητικές οργανώσεις χειρίστηκαν περίπου 870 000 νέες αφίξεις, παρέχοντας καταφύγιο, τροφή και την απαιτούμενη ιατρική βοήθεια. Η Ελλάδα υπήρξε κυρίως σημείο διέλευσης, αλλά από τις αρχές του 2016, όταν τα σύνορα κατά μήκος της οδού των Βαλκανίων έκλεισαν, πάνω από 62 000 άτομα φιλοξενούνται σε προσφυγικούς καταυλισμούς σε ολόκληρη τη χώρα.

Η δέσμη των παροχών τυποποιήθηκε με την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ και έτσι ενισχύθηκε η ισότιμη πρόσβαση στις αποζημιούμενες υπηρεσίες υγείας. Στο παρελθόν, τα διάφορα ΑΤΥ ανάλογα με το επάγγελμα είχαν τα δικά τους ποσοστά εισφορών και δέσμες παροχών, με αποτέλεσμα την κατακερματισμένη και άνιση πρόσβαση στις υπηρεσίες. Σήμερα, η δέσμη των δημοσίων παροχών είναι σχετικά ευρεία, ενώ βάσει της νομοθεσίας με την οποία θεσπίστηκε το νέο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, προστέθηκαν και οι οδοντιατρικές υπηρεσίες.

Η μη ικανοποιούμενη ανάγκη αυξήθηκε και οι ομάδες χαμηλότερου εισοδήματος αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες δυσκολίες πρόσβασης στην περίθαλψη

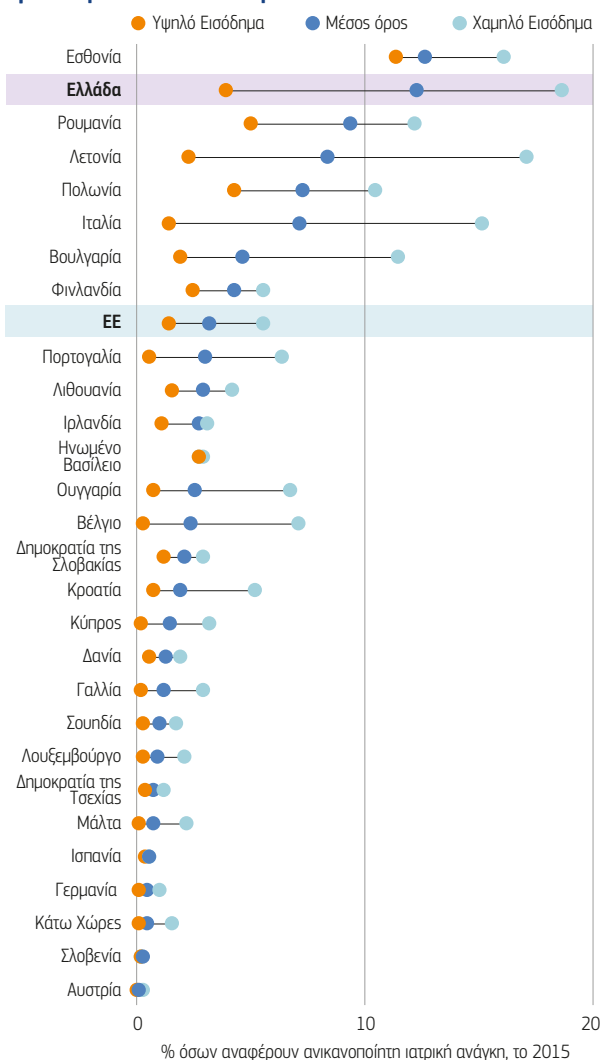
Στην Ελλάδα, η αυτοαναφερόμενη μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη λόγω κόστους, απόστασης ή χρόνου αναμονής τριπλασιάστηκε κατά την τελευταία δεκαετία και είναι πλέον η δεύτερη υψηλότερη στην ΕΕ (12,3% έναντι 3,3% του μέσου όρου της ΕΕ). Η διαφοροποίηση μεταξύ του υψηλότερου πεμπτημορίου εισοδήματος (3,9%) και του χαμηλότερου (18,7%) είναι τεράστια, στοιχείο που υπογραμμίζει την άνιση πρόσβαση σε υπηρεσίες που βιώνουν οι διάφορες εισοδηματικές ομάδες (σχήμα 10).

Το κόστος αναφέρεται ως η συχνότερη αιτία μη ικανοποιούμενης ανάγκης στην Ελλάδα και αφορά ενδεχομένως όχι μόνο οικονομικές δυσκολίες στην προσιτότητα των υπηρεσιών αλλά και μεταβολές στο εισόδημα των νοικοκυριών και στα μοντέλα κατανάλωσης, όπως επίσης και στις προτιμήσεις των χρηστών. Το ποσοστό του πληθυσμού που αναφέρει μη ικανοποιούμενες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης λόγω υψηλού κόστους υπερδιπλασιάστηκε μεταξύ 2010 και 2015 (από 4,2% σε 10,9%), ενώ ιδιαίτερα μεγάλες είναι οι ανισότητες ανάλογα με την εισοδηματική ομάδα (σχήμα 11). Στο φτωχότερο πεμπτημόριο έφτασε στο 17,4%, το υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ, όπου ο μέσος όρος είναι μόλις 4,1%.

Οι άμεσες δαπάνες από τους ασθενείς μπορεί να απειλήσουν την οικονομική προσιτότητα της περίθαλψης

Η Ελλάδα εμφανίζει ένα από τα υψηλότερα επίπεδα ιδιωτικών δαπανών για την υγεία στην ΕΕ (σχήμα 12). Η συμμετοχή του ασφαλισμένου επιβάλλεται στις (ιδιωτικά παρεχόμενες) διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις, στα φάρμακα που χορηγούνται εκτός νοσοκομείου και στις επισκέψεις σε ιδιωτικούς παρόχους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ. Ωστόσο, ισχύουν διάφορες εξαιρέσεις για ορισμένες παθήσεις και ευάλωτες ομάδες, όπως γι' αυτές με χαμηλό εισόδημα ή για όσους πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, ώστε να διασφαλίζεται η προστασία της πρόσβασης. Επιπλέον, το 2015 ανακλήθηκε η συμμετοχή του ασφαλισμένου για επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία και τα κέντρα υγείας (5 EUR), έπειτα από ανησυχίες για τον αντίκτυπό της στην πρόσβαση.

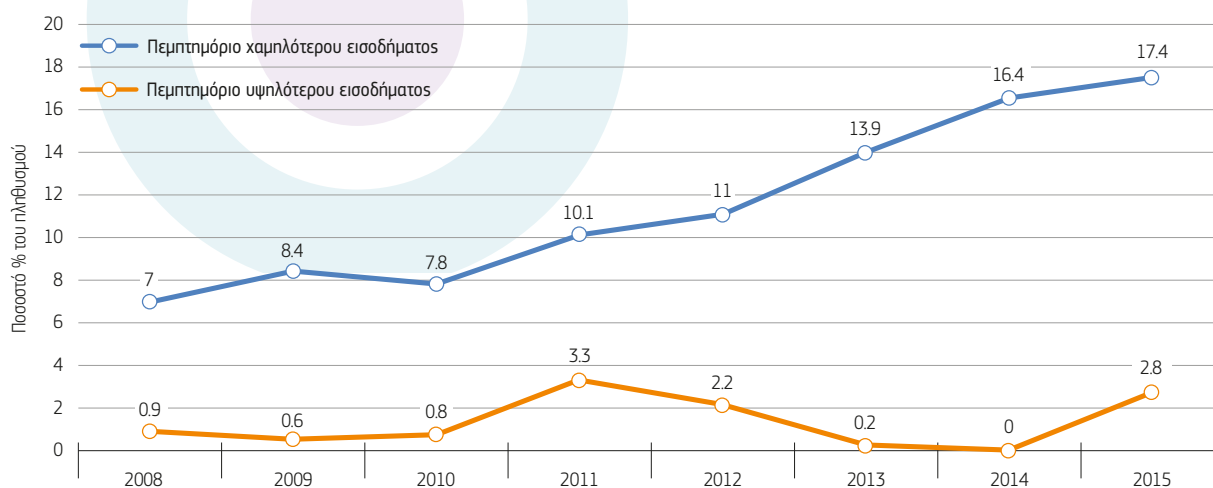
Σχήμα 10. Η μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη είναι πολύ υψηλή



Σημείωση: Τα στοιχεία αναφέρονται σε μη ικανοποιούμενες ανάγκες για ιατρικές εξετάσεις λόγω κόστους, απόστασης που πρέπει να διανυθεί ή χρόνου αναμονής. Κατά τη σύγκριση στοιχείων μεταξύ χωρών απαιτείται προσοχή, καθώς υπάρχουν ορισμένες διαφοροποιήσεις στο ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιείται.

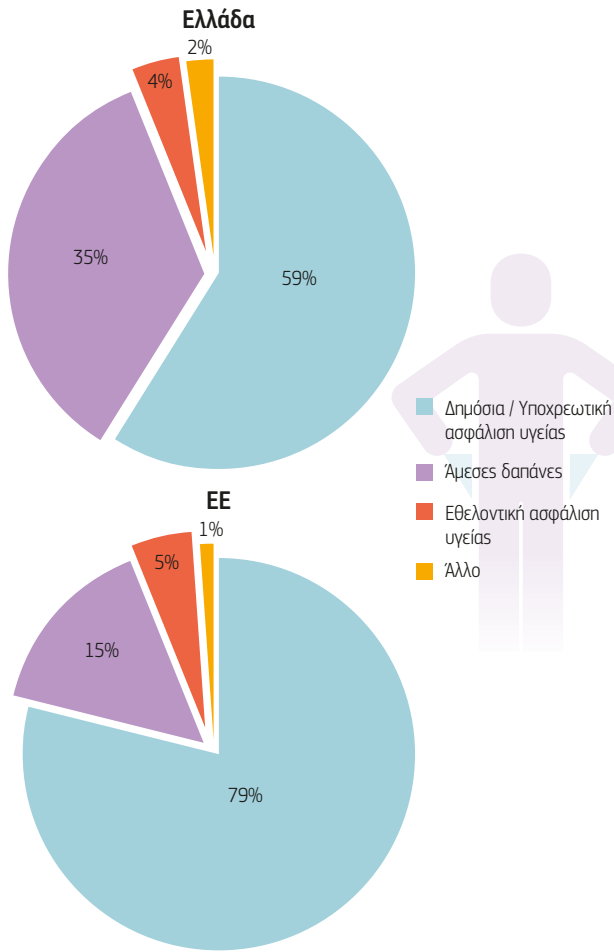
Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat, βάσει των στατιστικών της ΕΕ για το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης (EU-SILC) (τα στοιχεία αφορούν το 2015).

Σχήμα 11. Υπάρχει αυξανόμενο χάσμα ανισότητας στην αυτοαναφερόμενη μη ικανοποιούμενη ανάγκη λόγω κόστους



Πηγή: Από Karanikolos και Kentikelenis, 2016.

Σχήμα 12. Οι άμεσες δαπάνες από τους ασθενείς είναι πολύ υψηλές στην Ελλάδα

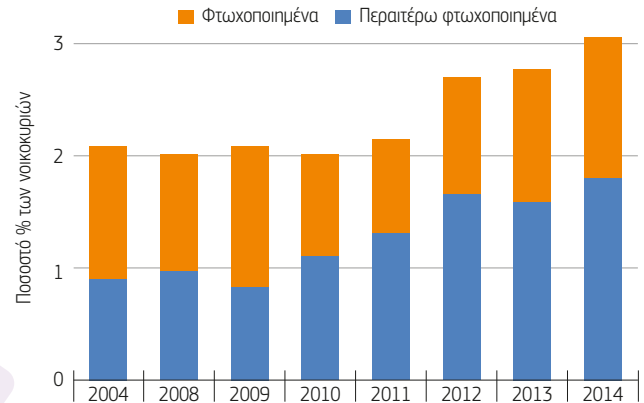


Πηγές: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την υγεία· βάση δεδομένων της Eurostat (τα στοιχεία αφορούν το 2015).

Στην πραγματικότητα, το υψηλότερο μερίδιο των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία συνιστούν οι άμεσες πληρωμές των ασθενών και όχι η συμμετοχή των ασφαλισμένων στο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Υπάρχουν πολλές αιτίες γι' αυτό, στις οποίες περιλαμβάνονται οι λίστες αναμονής για ορισμένες υπηρεσίες· η μεγάλη διαφορά μεταξύ των ποσοστών επίσημης αποζημίωσης και των πραγματικών αμοιβών που καταβάλλονται σε συμβεβλημένους παρόχους (επιπλέον χρέωση)· το μηνιαίο όριο στον αριθμό των επισκέψεων σε γιατρούς, το οποίο μπορεί να αναγκάσει τους ασθενείς να αναζητήσουν πρωτοβάθμια περίθαλψη σε ιδιωτικές δομές· οι κατακερματισμένες δημόσιες υπηρεσίες· η διαχρονική υπερπροσφορά ιδιωτών γιατρών (που τροφοδοτείται από την έλλειψη συστήματος παραπομπών)· οι επισκέψεις των ασθενών στα «απογευματινά ιατρεία» σε (δημόσια) νοσοκομεία για τα οποία καταβάλλουν άμεση αμοιβή και, τέλος, η εκτεταμένη χρήση άτυπων πληρωμών.

Το 2015 οι άμεσες ιατρικές δαπάνες στην Ελλάδα ως ποσοστό της τελικής κατανάλωσης των νοικοκυριών έφτασαν στο 4,4%, το τρίτο μεγαλύτερο ποσοστό μεταξύ των κρατών μελών, μετά τη Βουλγαρία και τη Μάλτα, και σχεδόν διπλάσιο από τον μέσο όρο (2,3%) στην ΕΕ. Το ποσοστό φτωχοποίησης λόγω άμεσων πληρωμών από τους ασθενείς αυξάνεται σταθερά από το 2004 και έπληξε το 3% των νοικοκυριών το 2014 (σχήμα 13). Σύμφωνα με υπολογισμούς του ΠΟΥ, το ίδιο έτος ένα στα δέκα

Σχήμα 13. Πολύ περισσότερα νοικοκυριά φτωχοποιούνται λόγω άμεσων πληρωμών



Πηγή: Το διάγραμμα βασίζεται στους δείκτες οικονομικής προστασίας του Περιφερειακού Γραφείου Ευρώπης του ΠΟΥ.

νοικοκυριά στην Ελλάδα υποβλήθηκε σε καταστροφικές άμεσες δαπάνες,⁸ αναλογία που ανέρχεται στο ένα στα τρία για τα φτωχότερα νοικοκυριά.

Οι γεωγραφικές ανισότητες συνιστούν πρόκληση για την προσβασιμότητα

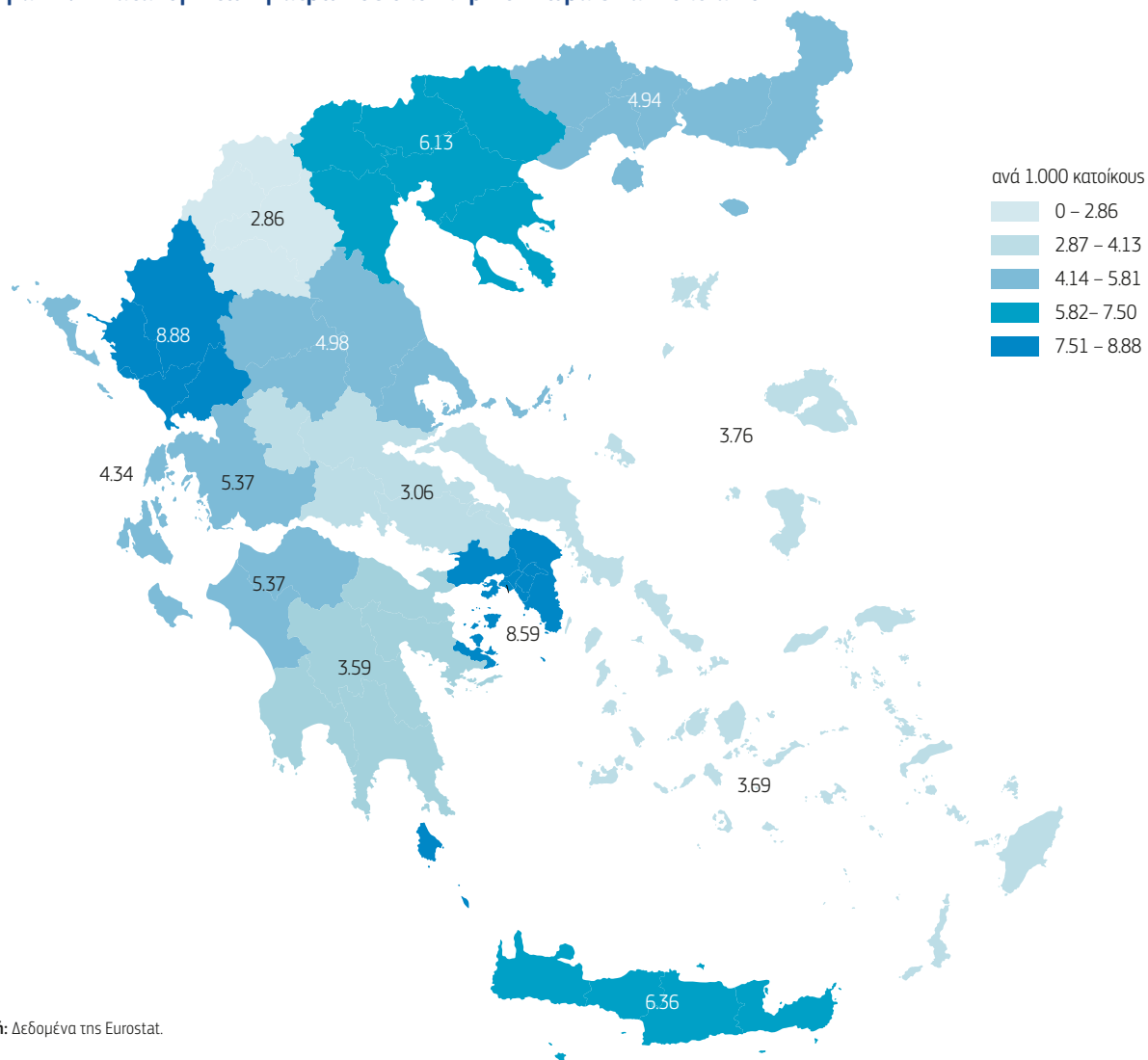
Η Ελλάδα αντιμετωπίζει μεγάλες γεωγραφικές ανισότητες στην κατανομή των γιατρών (ενότητα 4). Η πυκνότητα των γιατρών το 2014 κυμαινόταν από 2,9 ανά 1 000 κατοίκους στη Δυτική Μακεδονία και στην Κεντρική Ελλάδα έως 8,6 ανά 1 000 κατοίκους στην Αττική (ΕΛΣΤΑΤ, 2016) (σχήμα 14). Παρότι παρασχέθηκαν ορισμένα (οικονομικά) κίνητρα σε γιατρούς που εργάζονται σε αγροτικές περιοχές της Ελλάδας, αυτά δεν αποδείχθηκαν επαρκή για την πρόσληψη και την παραμονή προσωπικού σε αυτές τις περιοχές. Το καινοτόμο έργο Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής, που συγχρηματοδοτείται από την ΕΕ, αξιοποιεί τις δυνατότητες της τηλεϊατρικής για την προσέγγιση ασθενών που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές (σχήμα 15).

Οι ελλείψεις προσωπικού πλήττουν κυρίως τις δημόσιες υπηρεσίες

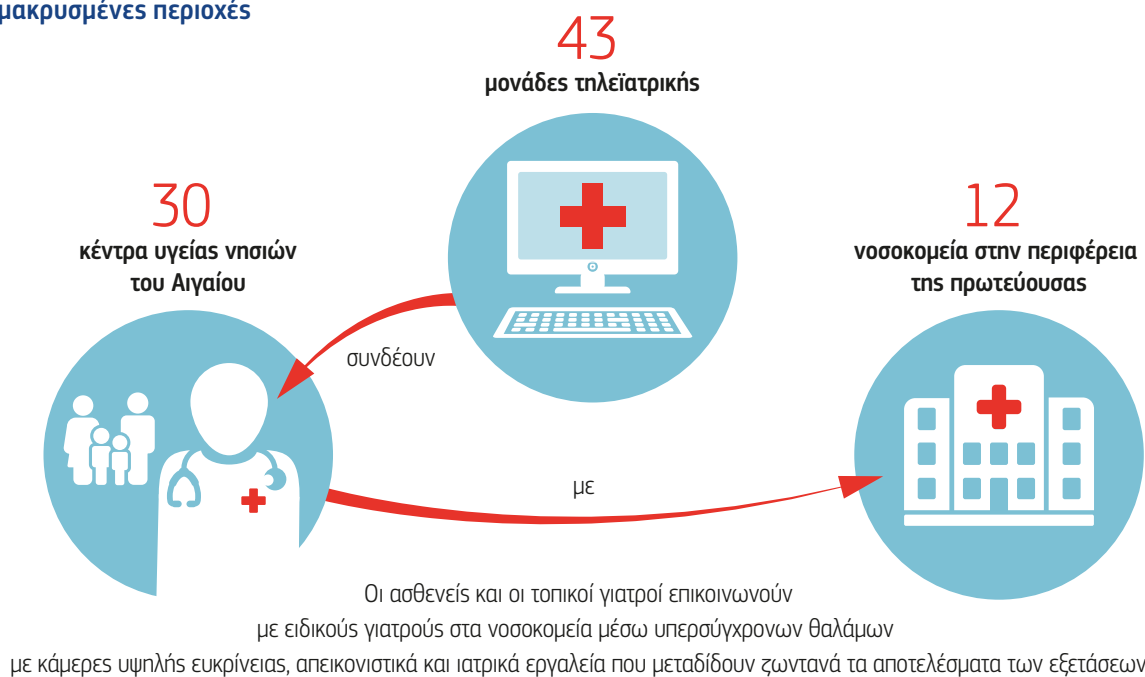
Παρά τη συνολική υπερπροσφορά γιατρών, τα δημόσια νοσοκομεία και ορισμένες υπηρεσίες χαρακτηρίζονται συχνά από υποστελέχωση ή λειτουργούν κάτω από το όριο της επιχειρησιακής τους ικανότητας (Ifanti et al., 2013· Σακελλαρόπουλος κ.ά., 2012. Clarke, Houliaras και Sotiropoulos, 2016). Επιπλέον, με βάση εκτιμήσεις επαγγελματιών ενώσεων, σχεδόν το ένα τέταρτο των εγγεγραμμένων γιατρών είναι πλέον άνεργοι και 7 340 γιατροί εγκατέλειψαν την Ελλάδα μεταξύ 2009 και 2015. Το πρόβλημα είναι ακόμα πειστικότερο όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό. Ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό υπήρχαν ανέκαθεν λόγω του χαμηλού αριθμού προσωπικού (ενότητα 4) και αυτό ισχύει ιδίως στις δημόσιες υπηρεσίες. Η πρόκληση της επαρκούς στελέχωσης των δημοσίων υπηρεσιών επιτείνεται λόγω του παγώματος των προσλήψεων προσωπικού σε όλο τον δημόσιο τομέα, συμπεριλαμβανομένων των επαγγελματιών υγείας, που εφαρμόζεται από το 2010. Ειδικότερα, κατά την εφαρμογή του νέου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα πρέπει να διασφαλιστούν επαρκή επίπεδα στελέχωσης (ενότητα 4).

8. Ως καταστροφική δαπάνη ορίζεται η άμεση δαπάνη του νοικοκυριού για υγεία που υπερβαίνει το 40% των συνολικών του δαπανών, εξαιρουμένων των βασικών δαπανών διαβίωσης (δηλ. τροφή, στέγαση και υπηρεσίες κοινής ωφέλειας).

Σχήμα 14. Η κατανομή των γιατρών σε ολόκληρη τη χώρα είναι πολύ άνιση



Σχήμα 15. Το Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής αποσκοπεί στη βελτίωση της πρόσβασης για όσους βρίσκονται σε απομακρυσμένες περιοχές



Ένα επιπλέον στοιχείο που απαιτεί παρακολούθηση όσον αφορά την επίπτωσή του στην πρόσβαση στη δημόσια χρηματοδοτούμενη υγειονομική περίθαλψη είναι το σύστημα των διοικητικών ανώτατων ορίων στη δραστηριότητα των γιατρών. Παραδοσιακά, η προκλητή ζήτηση από την πλευρά της προσφοράς ήταν σημαντικό πρόβλημα στον ιδιωτικό τομέα, και οδηγούσε σε περιττή υπερκατανάλωση υπηρεσιών. Ως απάντηση, τέθηκαν ανώτατα όρια στον αριθμό των επισκέψεων που μπορεί να δεχτεί μηνιαίως ένας γιατρός συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ και στον αριθμό των παραπεμπτικών για διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις⁹. Επίσης, οι γιατροί εργάζονται στο πλαίσιο ενός μηνιαίου πλαφόν στην αξία των φαρμάκων που μπορούν να συνταγογραφήσουν (προσαρμοσμένο ανάλογα με την ειδικότητα, τον αριθμό των ασθενών, την περιοχή και τον μήνα του έτους).

5.3 ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ¹⁰

Οι κύριες χρηματοδοτικές πηγές του συστήματος υγείας τελούν υπό σημαντική πίεση

Το ελληνικό σύστημα υγείας λειτουργεί στο πλαίσιο σοβαρών δημοσιονομικών περιορισμών (Economidou et al., 2015). Στη διάρκεια των τελευταίων ετών με δυσκολία παρέχονται δημόσια χρηματοδοτούμενες υπηρεσίες υγείας σε ένα ολοένα αυξανόμενο ποσοστό του πληθυσμού, του οποίου ο οικογενειακός προϋπολογισμός συρρικνώνεται, σε βαθμό που να καθίσταται όλο και λιγότερο δυνατό να πληρώνει για ιδιωτικές υπηρεσίες.

Το σύστημα ΚΑΥ συμβάλλει σημαντικά στη συγχρηματοδότηση των υπηρεσιών του ΕΣΥ (30%). Ωστόσο, τα έσοδά του μειώνονται λόγω της υψηλής ανεργίας και της αυξανόμενης ημιαπασχόλησης, καθώς και των μειούμενων ημερομισθίων (και επομένως και των εισφορών). Το σημαντικό ποσοστό άτυπης οικονομίας της Ελλάδας σημαίνει, επίσης, ότι ορισμένοι εργαζόμενοι δεν καταβάλλουν εισφορές στα ΑΤΥ. Ταυτόχρονα, ο προϋπολογισμός του ΕΣΥ – η άλλη κύρια δημόσια πηγή χρηματοδότησης του συστήματος υγείας (επίσης 30%) – λειτουργεί εντός αυστηρών ορίων που επιβάλλονται από τους στόχους δημοσιονομικής βιωσιμότητας. Από το 2010 υπήρξε γενικός εξορθολογισμός των δαπανών σε όλους τους τομείς του συστήματος υγείας και διαρκείς μειώσεις μισθών των εργαζομένων στον δημόσιο τομέα, συμπεριλαμβανομένων των επαγγελματιών υγείας, στο πλαίσιο προσπαθειών για μείωση του κόστους. Οι πιέσεις αυτές, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι οι ιδιωτικές δαπάνες είναι ήδη υψηλές (σχήμα 11) και κατά πάσα πιθανότητα δεν δύνανται να διευρυνθούν περαιτέρω, δημιουργούν ορατές ανησυχίες για την επάρκεια χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, ιδίως μακροπρόθεσμα.

Οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα των φαρμάκων πρωτοστατούν στις προσπάθειες για μεγαλύτερη αποδοτικότητα

Το ΠΟΠ της Ελλάδας έθεσε μια σειρά στόχων για τις φαρμακευτικές δαπάνες, προκειμένου να μειωθούν σημαντικά τα δημόσια έξοδα, από άνω των 5 δισ. EUR το 2009 σε κάτω των 2 δισ. EUR ετησίως κατά

9. Οι κανόνες για τα όρια θεσπίστηκαν με βάση τις εκτιμώμενες ανάγκες και οι γιατροί μπορούν να τα υπερβούν εφόσον το κρίνουν απαραίτητο και εφόσον παράσχουν τα κατάλληλα αποδεικτικά στοιχεία.

10. Η ανθεκτικότητα αναφέρεται στην ικανότητα των συστημάτων υγείας να προσαρμόζονται αποτελεσματικά σε μεταβαλλόμενα περιβάλλοντα, σε αφιλόδοτους κλυδωνισμούς ή σε κρίσεις.

ΠΛΑΙΣΙΟ 4. ΜΕΓΑΛΗ ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΕΠΙΤΥΓΧΑΝΕΤΑΙ ΜΕΣΩ ΛΗΨΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΟΘΕΤΗΜΕΝΩΝ ΜΕΤΡΩΝ

Οι υψηλές φαρμακευτικές δαπάνες στην Ελλάδα αντιμετωπίστηκαν μέσω:

- της θέσπισης κατευθυντήριων γραμμών για τη συνταγογράφηση, σε συνδυασμό με το υποχρεωτικό, εθνικό, ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης, ώστε να παρακολουθούνται οι συνταγογραφήσεις των γιατρών και η χορήγηση από τα φαρμακεία
- της προώθησης της κατανάλωσης γενόσημων φαρμάκων μέσω της υποχρεωτικής συνταγογράφησης της δραστικής ουσίας, της υποχρεωτικής υποκατάστασης με γενόσημα φάρμακα στα φαρμακεία και της χρήσης γενόσημων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, αν και υπάρχει περιθώριο για ακόμα μεγαλύτερη αποδοχή από το κοινό και διείσδυση των γενόσημων φαρμάκων
- της θέσπισης θετικής λίστας αποζημιούμενων φαρμάκων
- της εισαγωγής τιμής αναφοράς για τα φάρμακα με εμπορική ονομασία βάσει των τριών χαμηλότερων τιμών στην ΕΕ και του καθορισμού μέγιστου επιπέδου τιμής για τα γενόσημα φάρμακα
- της εισαγωγής μηχανισμού αυτόματης επιστροφής (claw-back) ώστε να αξιώνεται επιστροφή από τη φαρμακευτική βιομηχανία, εφόσον η φαρμακευτική δαπάνη υπερβαίνει τα προσυμφωνημένα πλαφόν, επιτυγχάνοντας, έτσι, έλεγχο του προϋπολογισμού χωρίς μείωση της πρόσβασης στα φαρμακευτικά προϊόντα.

την περίοδο 2015–17. Ως απάντηση, στον τομέα εφαρμόστηκε σειρά στοιχειοθετημένων μέτρων, με στόχο να εξασφαλιστούν έσοδα και να ενισχυθεί η αποδοτικότητα (πλαίσιο 4). Ωστόσο, παρά τις τεράστιες μειώσεις, οι τρέχουσες δαπάνες για συνταγογραφούμενα και μη υποχρεωτικές συνταγογραφούμενα φάρμακα υπερβαίνει το ένα τέταρτο (26%) της συνολικής δαπάνης για την υγεία και είναι μεταξύ των υψηλότερων στην ΕΕ.

Οι μεταρρυθμίσεις στην αγορά υπηρεσιών από ιδιωτικούς παρόχους αυξάνουν την αποδοτικότητα

Η δημόσια αγορά υπηρεσιών από ιδιωτικούς παρόχους (συμπεριλαμβανομένων των ιδιωτικών κλινικών και των διαγνωστικών κέντρων) υπήρξε για καιρό προβληματική στην Ελλάδα. Πριν από την κρίση, η υψηλή δυναμικότητα του ιδιωτικού τομέα, σε συνδυασμό με την ασθενή διαπραγματευτική δύναμη των ασφαλιστικών ταμείων, τις ελλιπείς διαδικασίες πληρωμής, την έλλειψη κλινικών πρωτοκόλλων/κατευθυντήριων γραμμών και την αδυναμία παρακολούθησης της χρήσης των διαγνωστικών εξετάσεων από τους γιατρούς δημιούργησαν μια δομή κινήτρων που ευνοούσε την υπερκατανάλωση και τη σπατάλη. Ειδικότερα, η υπερσυνταγογράφηση διαγνωστικών εξετάσεων οδήγησε σε εξαιρετικά υψηλή χρήση των αξονικών και μαγνητικών τομογραφιών. Αυτό απέβη εις βάρος των στόχων της πολιτικής υγείας, της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας και της ισότητας.

Ως απάντηση, ένας μηχανισμός επιστροφής (παρόμοιος με αυτόν του φαρμακευτικού προϋπολογισμού) απαιτεί από τους ιδιωτικούς παρόχους να επιστρέφουν κάθε δαπάνη που υπερβαίνει το πλαφόν

του προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ. Στόχος του είναι να παράσχει στον ΕΟΠΥΥ τη δυνατότητα να αγοράζει όλες τις υπηρεσίες υγείας που απαιτούνται για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού. Άλλα μέτρα στον τομέα της διάγνωσης περιλαμβάνουν τη μείωση των τιμών που καταβάλλονται από το δημόσιο σύστημα υγείας, καθώς και τον περιορισμό της υπερσυνταγογράφησης εξειδικευμένων διαγνωστικών εξετάσεων. Κατά συνέπεια, οι σχετικές δαπάνες περιορίστηκαν σημαντικά και τα στατιστικά στοιχεία αρχίζουν να δείχνουν μείωση της υπερβολικής χρήσης μαγνητικών και αξονικών τομογραφιών.

Οι μεταρρυθμίσεις στα νοσοκομεία καταγράφουν ανάμεικτα αποτελέσματα

Ο τομέας των δημοσίων νοσοκομείων υπήρξε στόχος σημαντικής αναδιάρθρωσης και προσαπειών μείωσης του κόστους στο πλαίσιο του ΠΟΠ, ιδιαίτερα εξαιτίας των συνεχών ελλειμμάτων και της αναποτελεσματικής διοίκησης. Οι διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις δρομολογήθηκαν το 2013, με στόχο τη μείωση του αριθμού των κλινών, των κλινικών και των εξειδικευμένων μονάδων, αλλά η εφαρμογή ήταν περιορισμένη. Πιο επιτυχημένες ήταν οι μεταρρυθμίσεις για την αύξηση της διαφάνειας, τη μείωση του κόστους για προμήθειες και την αλλαγή του συστήματος πληρωμών των νοσοκομείων (πλαίσιο 5). Οι μεταρρυθμίσεις αυτές βοήθησαν τα νοσοκομεία στον εξορθολογισμό των δαπανών, αλλά δεν μεταφράστηκαν απαραίτητα σε πλήρως αποδοτική κατανομή των πόρων (Kaitelidou et al., 2016).

Η μεγαλύτερη έμφαση στις μεταρρυθμιστικές προτεραιότητες και στην παρακολούθηση θα ενισχύσει τη διακυβέρνηση και την ανθεκτικότητα

Η ανάγκη βελτίωσης της απόδοσης του συστήματος υγείας βρίσκεται σταθερά στην ημερήσια διάταξη στην Ελλάδα. Η κυβέρνηση, με την

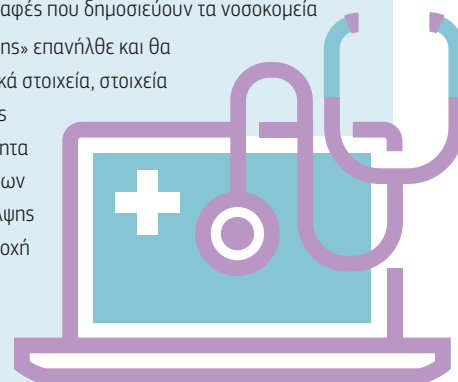
ΠΛΑΙΣΙΟ 5. ΟΙ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΣΤΡΕΦΟΝΤΑΙ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΕΞΟΡΘΟΛΟΓΙΣΜΟ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ

Οι πολιτικές που βοηθούν στην αποδοτικότερη λειτουργία των νοσοκομείων περιλαμβάνουν:

- Βελτίωση της πληροφοριακής τεχνολογίας και εισαγωγή διπλογραφικού λογιστικού συστήματος, παράλληλα με την ετήσια δημοσίευση των ελεγχθέντων ισολογισμών
- Εισαγωγή ολοήμερης λειτουργίας των νοσοκομείων και επέκταση των ωρών λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων· επιπλέον, 500 κλίνες δημοσίων νοσοκομείων τέθηκαν στη διάθεση πελατών ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών, ως μέτρο για την αύξηση των εσόδων
- Χρήση ενός νέου κεντρικού συστήματος σύναψης συμβάσεων για τον εξορθολογισμό της αγοράς ιατρικού υλικού και ιατροτεχνολογικών προϊόντων από το δημόσιο, για την επίτευξη σημαντικής εξοικονόμησης πόρων
- Συνέχιση της ανάπτυξης του ελληνικού συστήματος πληρωμής βάσει ομοειδών διαγνωστικών ομάδων, ώστε να εξασφαλιστεί η αποτελεσματική αποζημίωση των νοσοκομείων
- Εισαγωγή δεικτών απόδοσης για την αξιολόγηση των νοσοκομείων και τη βελτίωση της ποιότητας

ΠΛΑΙΣΙΟ 6. ΤΑ ΝΕΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΕΝΙΣΧΥΟΥΝ ΤΗ ΔΙΑΦΑΝΕΙΑ

- Μέσω του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης παρακολουθείται η κατανάλωση φαρμακευτικών προϊόντων και τα παραπεμπτικά για κλινικές εξετάσεις και ελέγχους
- Το ηλεκτρονικό σύστημα ESYnet συλλέγει τα μηνιαία οικονομικά και διοικητικά στοιχεία, καθώς και τα στοιχεία για τη δραστηριότητα των δημοσίων παρόχων, για ανάλυση. Πρόσφατα ενσωματώθηκε στο Σύστημα Επιχειρηματικής Ευφυΐας στα νοσοκομεία, το οποίο καταγράφει τις πηγές εσόδων και τις χρηματοδοτικές ροές με διαφανή τρόπο
- Το Παρατηρητήριο Τιμών συλλέγει και αναλύει τις προσφορές και τις τεχνικές προδιαγραφές που δημοσιεύουν τα νοσοκομεία
- Ο «Υγειονομικός Χάρτης» επανήλθε και θα συγκρίνει δημογραφικά στοιχεία, στοιχεία για την κατάσταση της υγείας, τη διαθεσιμότητα και τη χρήση των πόρων υγειονομικής περίθαλψης ανά γεωγραφική περιοχή



τεχνική βοήθεια του ΠΟΥ, ανέπτυξε ένα σχέδιο δράσης 100 σημείων για τη βελτίωση και τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας, το οποίο σκιαγραφεί στρατηγικές που ομαδοποιούνται σε τρεις τομείς προτεραιότητας (καθολική πρόσβαση σε ποιοτική περίθαλψη· διαφανής, σύγχρονη και αποτελεσματική διοίκηση του συστήματος υγείας· και δίκαιη και βιώσιμη χρηματοδότηση). Το σχέδιο λειτουργεί παράλληλα με τα μέτρα στον τομέα της υγείας που εφαρμόζονται και εισηγούνται στο πλαίσιο του ΠΟΠ.

Η λογοδοσία και η οικονομική ακεραιότητα συνιστούν βασικούς στόχους

Τα αξιόπιστα συστήματα πληροφοριών και τα εργαλεία παρακολούθησης συνιστούν προϋποθέσεις προκειμένου να επιτευχθεί διαφάνεια στους πόρους και λογοδοσία. Το πλαίσιο 6 αποτυπώνει ορισμένα από τα εφαρμοζόμενα μέτρα που θα επιτρέψουν τον αποτελεσματικό έλεγχο και θα βοηθήσουν να καταστεί η λήψη αποφάσεων πιο διαφανής και λιγότερο ανοιχτή σε επιρροές. Αναμένεται επίσης να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της διαφθοράς στη σύναψη δημοσίων συμβάσεων και στη διαδικασία υποβολής προσφορών, η οποία, παρότι αντιμετωπίζεται, δεν έχει εξαλειφθεί πλήρως και εξακολουθεί να προκαλεί ανησυχία.

Η ευρεία χρήση άτυπων πληρωμών σε γιατρούς και άλλο υγειονομικό προσωπικό δεν μπορεί να εντοπιστεί άμεσα μέσω των πληροφοριακών συστημάτων, αλλά απαιτεί επίσης ιδιαίτερη προσοχή. Οι πληρωμές αυτές επιτείνουν τους φραγμούς στην πρόσβαση, επηρεάζουν ιδιαίτερα τις φτωχές και ευάλωτες ομάδες και αποτελούν σημαντικό τμήμα της παραοικονομίας της Ελλάδας. Η αντιμετώπιση αυτού του ζητήματος είναι ένα βήμα προς την κατεύθυνση της λογοδοσίας και της ακεραιότητας.

6 Βασικές διαπιστώσεις

- Η κατάσταση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού έχει βελτιωθεί σε γενικές γραμμές με την πάροδο του χρόνου, αλλά εξακολουθούν να υφίστανται βασικές προκλήσεις στον τομέα της υγείας, όπως η θνησιμότητα λόγω καρκίνου και ο αντίκτυπος των καρδιακών νοσημάτων. Οι τάσεις όσον αφορά τους παράγοντες κινδύνου, ειδικά τα υψηλά ποσοστά καπνίσματος μεταξύ των ενηλίκων και η παχυσαρκία στα παιδιά, επισημαίνουν τη σπουδαιότητα θέσπισης εθνικών προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου, επιβολής της απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους και προώθησης αλλαγών στον τρόπο ζωής, με επίκεντρο τη διατροφή και την άσκηση.
- Η επάρκεια χρηματοδότησης του συστήματος υγείας είναι αιτία ανησυχίας, εξαιτίας της πίεσης στις δημόσιες δαπάνες, της μειούμενης βάσης εσόδων του συστήματος ασφάλισης υγείας και του ήδη υψηλού ποσοστού ιδιωτικών δαπανών. Το σύστημα υγείας λειτουργεί υπό συνθήκες σημαντικών δημοσιονομικών περιορισμών, μολοντί με τα συστήματα υποχρεωτικών επιστροφών οι δαπάνες υπερβαίνουν στην πράξη τον προϋπολογισμό για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών. Ο μηχανισμός αυτός είναι κομβικής σημασίας προκειμένου να διασφαλιστεί ότι το δημόσιο σύστημα μπορεί να συνεχίσει να παρέχει υπηρεσίες, ιδίως επειδή τα ποσοστά χρήσης του αυξάνονται και η ικανότητα των νοικοκυριών να αγοράζουν υπηρεσίες ιδιωτικής περίθαλψης έχει μειωθεί από τότε που άρχισε η κρίση.
- Οι άμεσες πληρωμές από τους ασθενείς είναι παραδοσιακά πολύ υψηλές στην Ελλάδα και, πρόσφατα, έχουν αυξηθεί κι άλλο, γεγονός που συνιστά αυξανόμενη οικονομική επιβάρυνση για τους ασθενείς, συχνά λόγω καταναλωτικών προτύπων που διέπονται από προκλητή ζήτηση από την πλευρά της προσφοράς, και μπορεί να δημιουργεί ανισότητες όσον αφορά την πρόσβαση σε φροντίδα. Η καταπολέμηση των εκτεταμένων άτυπων αμοιβών, της φοροδιαφυγής με την παροχή υπηρεσιών υγείας χωρίς απόδειξη, καθώς και άλλων μορφών σπατάλης και διαφθοράς (π.χ. στη σύναψη συμβάσεων για προμήθειες) στον χώρο της υγείας συνιστούν επίσης διαρκή πρόκληση.
- Η Ελλάδα αντιμετωπίζει σημαντικά προβλήματα στον σχεδιασμό και την ορθολογική κατανομή των πόρων υγειονομικής περίθαλψης, κάτι που έχει επιπτώσεις στην αποδοτικότητα και την πρόσβαση. Υπάρχει μεγάλη ανισορροπία στην κατανομή των υλικών πόρων και του ιατρικού προσωπικού μεταξύ αστικών κέντρων και αγροτικών περιοχών, καθώς και μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. Όλοι αυτοί οι παράγοντες συμβάλλουν στα πολύ υψηλά καταγραφόμενα επίπεδα μη ικανοποιούμενης ανάγκης για ιατρική περίθαλψη – το δεύτερο υψηλότερο μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ. Οι τρέχουσες μεταρρυθμίσεις, όπως αυτή της πρωτοβάθμιας υγείας, αναμένεται να έχουν άμεσο αντίκτυπο στα θέματα αυτά.
- Παρά τη δυσχερή οικονομική συγκυρία, σημαντικές μεταρρυθμίσεις στράφηκαν προς τις δομές, το κόστος και την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας, προκειμένου να αντιμετωπιστούν μακροχρόνιες αδυναμίες. Στις επιτυχίες περιλαμβάνονται η δημιουργία ενός μοναδικού αγοραστή, η τυποποίηση της δέσμης των παροχών που αποζημιώνονται από την κοινωνική ασφάλιση και οι σημαντικές μειώσεις στις φαρμακευτικές δαπάνες. Περαιτέρω προσπάθειες βρίσκονται σε εξέλιξη, με ιδιαίτερο αντικείμενο την αύξηση της χρήσης γενόσημων φαρμάκων, τη βελτίωση της διοίκησης των νοσοκομείων και την ευρύτερη εφαρμογή των κλινικών κατευθυντήριων γραμμών.
- Ένα άλλο σημαντικό επίτευγμα υπήρξε η επίλυση του προβλήματος όσον αφορά την ασφαλιστική κάλυψη υγείας, που επηρέασε περίπου 2,5 εκατ. άτομα, ή το ένα τέταρτο του πληθυσμού, λόγω της έλλειψης καθολικής κάλυψης. Απαιτήθηκαν αρκετές προσπάθειες από το 2011, στη διάρκεια των οποίων η πρόσβαση σε υπηρεσίες ήταν ιδιαίτερα περιορισμένη για τους άνεργους και άλλες ευάλωτες κατηγορίες χωρίς κάλυψη. Ωστόσο, η νέα νομοθεσία του 2016 διόρθωσε αυτά τα κενά και πέτυχε καθολική κάλυψη, με την ολοκλήρωση της διαδικασίας που ξεκίνησε το 2014 στο πλαίσιο του προγράμματος οικονομικής προσαρμογής.
- Ένα σημαντικό στοιχείο για την επίτευξη των στόχων της αποτελεσματικότητας, της πρόσβασης και της ανθεκτικότητας είναι η δημιουργία ενός αποτελεσματικού δικτύου υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης πρώτης επαφής ούτως ώστε να αντιμετωπιστούν κατάλληλα οι υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού. Αυτή τη στιγμή, μια μικρή μειονότητα των γιατρών είναι γενικοί ιατροί και δεν υπάρχει σύστημα παραπομπών, ώστε να ρυθμίζονται οι διαδρομές των ασθενών προς τα υπόλοιπα επίπεδα περίθαλψης, αλλά ούτε και επαρκής προαγωγή της υγείας ή πρόληψη ασθενειών. Ωστόσο, έχει γίνει κάποια αρχή με την κατάρτιση του νέου ελληνικού σχεδίου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, που ξεκίνησε το 2017 και θα εφαρμοστεί τα επόμενα τρία χρόνια.



Βασικές πηγές

Economou, C. et al. (2017), "Greece: Health System Review", *Health Systems in Transition*, in press.

OECD/EU (2016), *Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.

Παραπομπές

Apostolopoulou, E. et al. (2013), "Surveillance of Device-associated Infection Rates and Mortality in 3 Greek Intensive Care Units", *American Journal of Critical Care*, Vol. 22(3), pp. e12-20.

Clarke, J., A. Houliaras and D. Sotiropoulos (2016), *Austerity and the Third Sector in Greece*, Routledge, New York.

Δεδούκου Ξ. και άλλοι (2011), «Νοσοκομειακές λοιμώξεις: Εθνικό σχέδιο δράσης Προκρούστης, τα πρώτα αποτελέσματα και το επόμενο βήμα», ΚΕΕΛΠΝΟ E-bulletin, <http://www2.keelpno.gr/blog/?p=1016>.

ECDC (2017), *Antimicrobial Resistance Surveillance in Europe*, European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm.

ECDC (2016), *Systematic Review on Hepatitis B and C Prevalence in the EU/EEA*, European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm.

Economou, E. et al. (2015), "The Impact of the Economic Crisis on the Health System and Health in Greece", in A. Maresso et al. (eds), *Economic crisis, Health Systems and Health in Europe: Country Experience*, WHO/European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.

Βάση δεδομένων της ΕΛΣΤΑΤ (2016), διαθέσιμη στο www.statistics.gr.

EUCAN (2017), "Country factsheets on Greece", International Agency for Research on Cancer <http://eco.iarc.fr/eucan/Country.aspx?ISOCountryCd=300>.

Filippidis, F.T. et al. (2017), "Medium-term Impact of the Economic Crisis on Mortality, Health-related Behaviours and Access to Healthcare in Greece", *Scientific Reports*, Vol. 10(7), p. 46423, <http://dx.doi.org/10.1038/srep46423>.

Ifanti, A.A. et al. (2013), "Financial Crisis and Austerity Measures in Greece: Their Impact on Health Promotion Policies and Public Health Care", *Health Policy*, Vol. 113(1-2), pp. 8-12.

IHME (2016), "Global Health Data Exchange", Institute for Health Metrics and Evaluation, available at <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Kaitelidou, D. et al. (2016), "The Impact of the Economic Crisis on the Hospital Sector and the Efficiency of Greek Public Hospitals", *European Journal of Business and Social Sciences*, Vol. 4(10), pp. 111-125.

Karanikolos, M. and A. Kentikelenis (2016), "Health Inequalities After Austerity in Greece", *International Journal for Equity in Health*, Vol. 15(83), <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-016-0374-0>.

Marinos, G. et al. (2009), "Management of Minor Medical Problems and Trauma: The Role of General Practice", *Rural Remote Health*, Vol. 9(4), p. 1019.

OECD/ITF (2015), "Greece", Chapter 14 in *Road Safety Annual Report 2015*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/irtad-2015-en>.

Παναγιωτόπουλος, Τ. κ.ά. (2013), Έκθεση: Εθνική μελέτη κατάστασης εμβολιασμού των παιδιών στην Ελλάδα, 2012, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.

Σακελλαρόπουλος, Θ. κ.ά. (2012), «Διαρθρωτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά του ανθρώπινου δυναμικού του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα», ΑΔΕΔΥ, Επιστημονική έκθεση Κοινωνικού Πολυκέντρου, <http://kpolykentro.gr>.

Vasileiou, I. et al. (2009), "The Potential Role of Primary Care in the Management of Common Ear, Nose or Throat Disorders Presenting to the Emergency Department in Greece", *Quality Primary Care*, Vol. 17(2), pp. 145-148.

Κατάλογος συντομογραφιών χωρών

Αυστρία	AT	Δημοκρατία της	Ηνωμένο Βασίλειο	UK	Κροατία	HR	Ουγγαρία	HU
Βέλγιο	BE	Σλοβακίας	Φινλανδία	FI	Κύπρος	CY	Πολωνία	PL
Βουλγαρία	BG	Δημοκρατία της	Ισπανία	ES	Λετονία	LV	Πορτογαλία	PT
Γαλλία	FR	Τσεχίας	Ιρλανδία	IE	Λιθουανία	LT	Ρουμανία	RO
Γερμανία	DE	Ελλάδα	Ιταλία	IT	Λουξεμβούργο	LU	Σλοβενία	SI
Δανία	DK	Εσθονία	Κάτω Χώρες	NL	Μάλτα	MT	Σουηδία	SE



State of Health in the EU

Προφίλ Υγείας 2017

Τα προφίλ χώρας αποτελούν σημαντικό στάδιο του διετούς κύκλου της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ και είναι το αποτέλεσμα κοινής προσπάθειας του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) και του *European Observatory on Health Systems and Policies*. Η Επιτροπή ανέλαβε τον συντονισμό της σειράς των προφίλ και η παραγωγή τους έγινε με τη χρηματοδοτική συνδρομή της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Τα προφίλ χώρας έχουν περιεκτικό και συναρτώμενο με πολιτικές χαρακτήρα, και βασίζονται σε διαφανή, συνεπή μεθοδολογία. Χρησιμοποιούν τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά δεδομένα, τα οποία ωστόσο προσαρμόζονται με ευελιξία στις ιδιαιτερότητες κάθε κράτους μέλους της ΕΕ. Στόχος είναι η δημιουργία ενός μέσου το οποίο, μέσω αμοιβαίας μάθησης και εθελοντικών ανταλλαγών, θα ενισχύει τις προσπάθειες των κρατών μελών για τη χάραξη τεκμηριωμένης πολιτικής.

Κάθε προφίλ χώρας παραθέτει εν συντομία και με συνθετικό τρόπο τα εξής:

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

Πρόκειται για την πρώτη σειρά των διетών αυτών προφίλ χώρας, που δημοσιεύθηκε τον Νοέμβριο του 2017. Η Επιτροπή συμπληρώνει τις βασικές διαπιστώσεις αυτών των προφίλ χώρας με μια συνοδευτική έκθεση.

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

Παρακαλούμε αναφέρετε αυτή τη δημοσίευση ως εξής:

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264285224-el>

ISBN 9789264285224 (PDF)

Series: State of Health in the EU
ISSN 25227041 (online)

Note: In the event of any discrepancy between the original version of this work published in English and the translation, only the text of the original work should be considered valid.