



State of Health in the EU

Ελλάδα

Προφίλ Υγείας 2021

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 / στον 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 του Παρατηρητηρίου για τα Συστήματα και την Πολιτική Υγείας (Health Systems and Policy Monitor), την επιτροπή υγείας του ΟΟΣΑ και την ομάδα εμπειρογνομόνων της ΕΕ για την αξιολόγηση των επιδόσεων των συστημάτων υγείας (HSPA) για τις πολύτιμες παρατηρήσεις και προτάσεις τους.

Πίνακας περιεχομένων

1. ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΑ ΣΗΜΕΙΑ	3
2. Η ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	4
3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	6
4. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	7
5. ΑΠΟΔΟΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	10
5.1 Αποτελεσματικότητα	10
5.2 Προσβασιμότητα	13
5.3 Ανθεκτικότητα	16
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 Μετρήσεων και Αξιολόγησης Υγείας (Institute for Health Metrics and Evaluation - IHME), το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC), από τις μελέτες για τη Συμπεριφορά Υγείας στα

Παιδιά 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 27 κρατών μελών, εκτός αν αναφέρεται διαφορετικά. Στους εν λόγω μέσους όρους της ΕΕ δεν περιλαμβάνονται η Ισλανδία και η Νορβηγία.

Το παρόν προφίλ ολοκληρώθηκε τον Σεπτέμβριο του 2021 βάσει στοιχείων που ήταν διαθέσιμα στα τέλη Αυγούστου του 2021.

Δημογραφικό και κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο στην Ελλάδα, 2020

Δημογραφικοί παράγοντες	Ελλάδα	ΕΕ
Μέγεθος πληθυσμού	10 718 565	447 319 916
Ποσοστό πληθυσμού ηλικίας άνω των 65 ετών (%)	22,3	20,6
Δείκτης γονιμότητας ¹ (2019)	1,3	1,5

Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες	Ελλάδα	ΕΕ
Κατά κεφαλήν ΑΕΠ (ΙΑΔ ² σε EUR)	19 031	29 801
Ποσοστό σχετικής φτώχειας ³ (% , 2019)	17,9	16,5
Ποσοστό ανεργίας (%)	16,3	7,1

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. Για την ΕΕ των 27, 2020. 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.

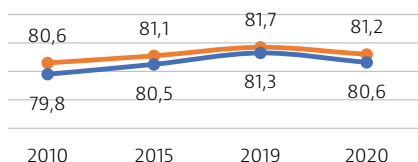
Ισχύουν πρόσθετες δηλώσεις αποποίησης ευθύνης για τον ΠΟΥ.

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2021

1 Σημαντικότερα σημεία

Γενικά, η κατάσταση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού είναι καλή και το προσδόκιμο ζωής είναι υψηλότερο από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Από το 2010 βρίσκονται σε εξέλιξη εκτεταμένες μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας, συμπεριλαμβανομένης της ενίσχυσης και της επέκτασης των δημόσιων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Ενισχύθηκε επίσης η έμφαση στην πρόληψη και την αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου μέσω ενός νέου εθνικού σχεδίου για τη δημόσια υγεία. Εξακολουθούν να υπάρχουν προκλήσεις όσον αφορά τη διασφάλιση της προσβασιμότητας και της οικονομικής προσιτότητας της περίθαλψης, ιδίως λόγω των υψηλών άμεσων ιδιωτικών πληρωμών από τους ασθενείς και των επιπτώσεων της πανδημίας.

● ΕΛ ● ΕΕ

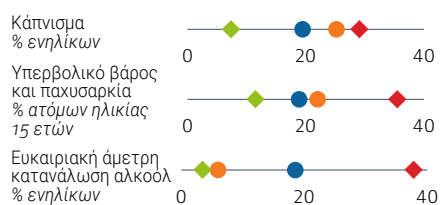


Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση – Έτη

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα το 2020 ήταν κατά μισό περίπου έτος υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ, παρόλο που μειώθηκε προσωρινά κατά έξι μήνες μεταξύ του 2019 και του 2020 εξαιτίας των θανάτων λόγω της νόσου COVID-19. Οι κύριες αιτίες θανάτου το 2018 ήταν η ισχαιμική καρδιοπάθεια, το εγκεφαλικό επεισόδιο και ο καρκίνος του πνεύμονα. Πριν από την πανδημία, μεγάλο μέρος του πληθυσμού αντιλαμβανόταν ως καλή την κατάσταση της υγείας του, αλλά οι Έλληνες ενήλικοι ανέφεραν μεγαλύτερη ψυχολογική δυσφορία σε σύγκριση τον μέσο όρο της ΕΕ.

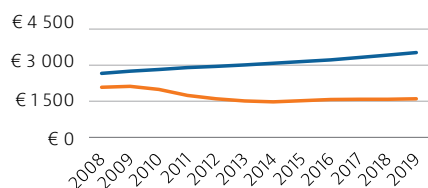
● ΕΛ ● ΕΕ ● Χαμηλό εισόδημα ● Υψηλό εισόδημα



ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Ένας στους τέσσερις ενήλικους καπνίζει σε καθημερινή βάση στην Ελλάδα –ποσοστό το οποίο είναι ένα από τα υψηλότερα στην ΕΕ. Παρότι τα ποσοστά καπνίσματος στους 15χρονους είναι χαμηλότερα απ' ό,τι στους ενήλικους, η αυξανόμενη δημοτικότητα των ηλεκτρονικών τσιγάρων αποτελεί πηγή ανησυχίας. Το ποσοστό παχυσαρκίας των ενηλίκων είναι ίσο με τον μέσο όρο της ΕΕ, αλλά ο επιπολασμός της παιδικής παχυσαρκίας αυξάνεται σταθερά. Απεναντίας, τα ποσοστά ευκαιριακής άμετρης κατανάλωσης αλκοόλ από τους ενήλικους στην Ελλάδα είναι από τα χαμηλότερα στην ΕΕ.

● ΕΛ ● ΕΕ



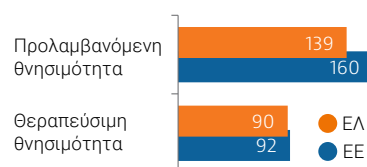
Κατά κεφαλήν δαπάνη (ΙΑΔ σε ευρώ)

ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα (1 603 ευρώ) εξακολουθούν να είναι πολύ χαμηλότερες από τον μέσο όρο της ΕΕ. Το ποσό αυτό αντιστοιχεί στο 7,8 % του ΑΕΠ, σε σύγκριση με 9,9 % στην ΕΕ το 2019. Λίγο λιγότερο από το 60 % των δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα είναι δημόσιες δαπάνες, ενώ ένα πολύ μεγάλο ποσοστό (35 %) καταβάλλεται απευθείας από τα νοικοκυριά, κυρίως με τη μορφή συμμετοχής για φάρμακα και άμεσων πληρωμών για υπηρεσίες που δεν περιλαμβάνονται στη δέσμη παροχών.

Αποτελεσματικότητα

Η θνησιμότητα από προλαμβανόμενες αιτίες έχει παραμείνει σταθερή τα τελευταία χρόνια και είναι χαμηλότερη από τον μέσο όρο της ΕΕ. Οι νέες πρωτοβουλίες για τη δημόσια υγεία και την πρόληψη μπορούν να συμβάλουν στη μείωση των ποσοστών στο μέλλον. Η Ελλάδα έχει επίσης ελαφρώς χαμηλότερη θνησιμότητα από θεραπεύσιμες αιτίες σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ. Οι νέες πρωτοβουλίες για τον συντονισμό της περίθαλψης ασθενών με χρόνιες παθήσεις αποσκοπούν στη βελτίωση του εντοπισμού και της έγκαιρης θεραπείας.

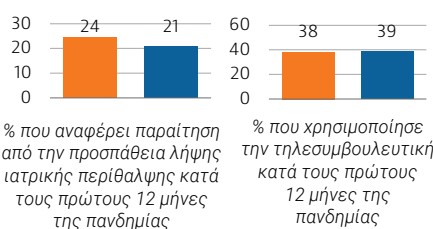


Προτυπωμένοι κατά ηλικία δείκτης θνησιμότητας ανά 100 000 κατοίκους, 2018

Προσβασιμότητα

Παρά τη μείωση μετά το 2016, η Ελλάδα κατέγραψε το δεύτερο υψηλότερο επίπεδο μη καλυπτόμενων αναγκών ιατρικής περίθαλψης πριν από την πανδημία COVID-19. Επίσης, περίπου ένα στα τέσσερα άτομα ανέφερε ότι απέφυγε να λάβει περίθαλψη κατά τους πρώτους 12 μήνες της πανδημίας. Για τη διατήρηση της πρόσβασης σε υπηρεσίες χρησιμοποιήθηκε η τηλεσυμβουλευτική.

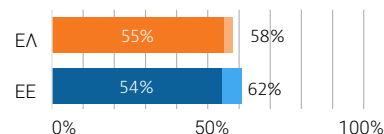
● ΕΛ ● ΕΕ27



Ανθεκτικότητα

Για να ανταποκριθεί στη ζήτηση που εμφανίστηκε λόγω της νόσου COVID-19, η Ελλάδα αύξησε την εργαστηριακή ικανότητα και τη δυναμικότητα κλινών στις μονάδες εντατικής θεραπείας, καθώς και το ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας. Μετά από ένα αργό ξεκίνημα, η εφαρμογή του εμβολιασμού επιταχύνθηκε και το 55 % του πληθυσμού είχε λάβει δύο δόσεις εμβολίου έως το τέλος Αυγούστου του 2021.

● Δύο δόσεις (ή ισοδύναμες) ● Μία δόση



Ποσοστό του συνολικού πληθυσμού που εμβολιάστηκε κατά της νόσου COVID-19 μέχρι το τέλος Αυγούστου 2021

2 Η υγεία στην Ελλάδα

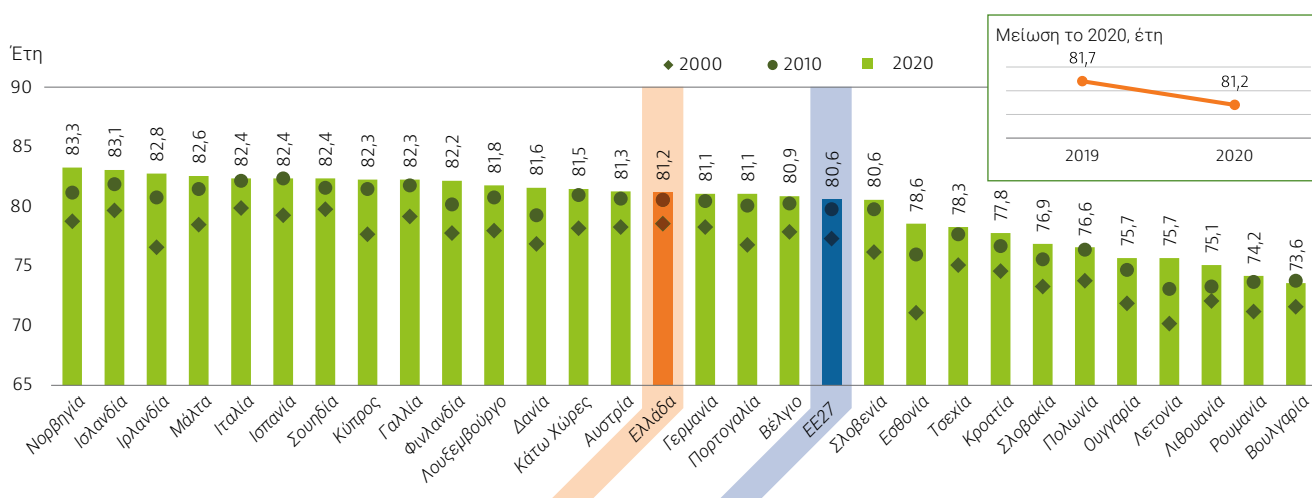
Το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα υπερβαίνει τον μέσο όρο, αλλά μειώθηκε το 2020 λόγω των επιπτώσεων της νόσου COVID-19

Το 2020 το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ελλάδα αντιστοιχούσε σε 81,2 έτη και ήταν ελαφρώς υψηλότερο από τον μέσο όρο για το σύνολο της ΕΕ (80,6), αλλά χαμηλότερο σε σύγκριση με τις περισσότερες χώρες της νότιας και δυτικής Ευρώπης (σχήμα 1). Όπως σε πολλές άλλες χώρες της ΕΕ, η αύξηση του προσδόκιμου ζωής στην Ελλάδα επιβραδύνθηκε σημαντικά μεταξύ του 2010 και του 2019, αντιστοιχώντας σε μόλις ένα έτος περίπου σε σύγκριση με περίπου δύο έτη την

προηγούμενη δεκαετία. Η στασιμότητα συνδέεται εν μέρει με την περιορισμένη πρόοδο όσον αφορά τη μείωση των ισχαιμικών καρδιοπαθειών και του καρκίνου του πνεύμονα –καθώς και με την αυξημένη θνησιμότητα λόγω διαβήτη στους ηλικιωμένους.

Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση μειώθηκε προσωρινά (κατά 6 μήνες) μεταξύ του 2019 και του 2020 μετά την έξαρση της πανδημίας COVID-19. Η μείωση αυτή είναι μικρότερη από τη μέση μείωση κατά περίπου 8 μήνες σε ολόκληρη την ΕΕ. Η διαφορά μεταξύ των φύλων όσον αφορά το προσδόκιμο ζωής είναι 5,1 έτη (78,6 έτη για τους άνδρες, 83,7 έτη για τις γυναίκες) και είναι μικρότερη από τη διαφορά στο σύνολο της ΕΕ (5,6 έτη).

Σχήμα 1. Η Ελλάδα κατέγραψε μείωση του προσδόκιμου ζωής κατά έξι μήνες μετά την πανδημία COVID-19



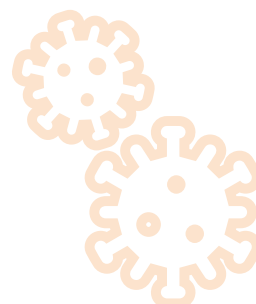
Σημείωση: Ο μέσος όρος της ΕΕ είναι σταθμισμένος. Τα στοιχεία για την Ιρλανδία αφορούν το 2019.
Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat.

Η ισχαιμική καρδιοπάθεια και το εγκεφαλικό επεισόδιο αποτελούν τις κύριες αιτίες θανάτου

Το 2018 οι παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος ευθύνονταν για περισσότερους από έναν στους τρεις θανάτους στην Ελλάδα, ακολουθούμενες από τον καρκίνο (περίπου ένας στους τέσσερις). Όσον αφορά πιο συγκεκριμένα τις παθήσεις, η ισχαιμική καρδιοπάθεια ήταν η κύρια αιτία θνησιμότητας το 2018 (αντιστοιχούσε στο 11 % περίπου όλων των θανάτων), ενώ πολύ κοντά ακολουθούσε το εγκεφαλικό επεισόδιο (10 %). Ο καρκίνος του πνεύμονα αντιστοιχούσε στο 6 % όλων των θανάτων και παρέμεινε η συχνότερη αιτία θανάτου από καρκίνο (σχήμα 2).

Το 2020 η νόσος COVID-19 ευθυνόταν για περίπου 5 000 θανάτους στην Ελλάδα (4 % του συνόλου των θανάτων). Έως το τέλος Αυγούστου του 2021 καταγράφηκαν 8 680 επιπλέον θάνατοι. Η συντριπτική πλειονότητα των θανάτων αφορούσαν άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω. Το σωρευτικό ποσοστό θνησιμότητας από τη νόσο COVID-19 έως το τέλος Αυγούστου του 2021 ήταν περίπου 20 % χαμηλότερο στην Ελλάδα από τον μέσο όρο σε όλες τις χώρες της ΕΕ (1 270 ανά εκατομμύριο πληθυσμού σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ που είναι περίπου 1 590). Ωστόσο, ο ευρύτερος δείκτης της υπερβάλλουσας θνησιμότητας, ο οποίος ορίζεται ως θάνατοι από όλες τις αιτίες σε επίπεδα πάνω από τα αναμενόμενα με βάση προηγούμενα έτη, υποδηλώνει

ότι ο αριθμός θανάτων που σχετίζονται με τη νόσο COVID-19 θα μπορούσε να είναι υψηλότερος. Ο αριθμός υπερβαλλόντων θανάτων μεταξύ Μαρτίου και Δεκεμβρίου 2020 (περίπου 8 500) ήταν κατά 70 % υψηλότερος από τους θανάτους λόγω της νόσου COVID-19, ενώ περισσότεροι από τους μισούς υπερβάλλοντες θανάτους σημειώθηκαν κατά τη διάρκεια του δεύτερου κύματος της πανδημίας το φθινόπωρο και τον χειμώνα του 2020.



Σχήμα 2. Οι ασθένειες του κυκλοφορικού συστήματος και ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελούν τις τρεις κύριες αιτίες θνησιμότητας στην Ελλάδα



Σημείωση: Ο αριθμός και το ποσοστό των θανάτων λόγω της νόσου COVID-19 αφορούν το 2020, ενώ ο αριθμός και το ποσοστό θανάτων από άλλες αιτίες αφορούν το 2018. Το μέγεθος του πλαισίου για τη νόσο COVID-19 είναι ανάλογο προς το μέγεθος των πλαισίων για τις άλλες κύριες αιτίες θανάτου το 2018. Πηγές: Eurostat (για αιτίες θανάτου το 2018)· ECDC (για θανάτους από τη νόσο COVID-19 το 2020, έως την εβδομάδα 53).

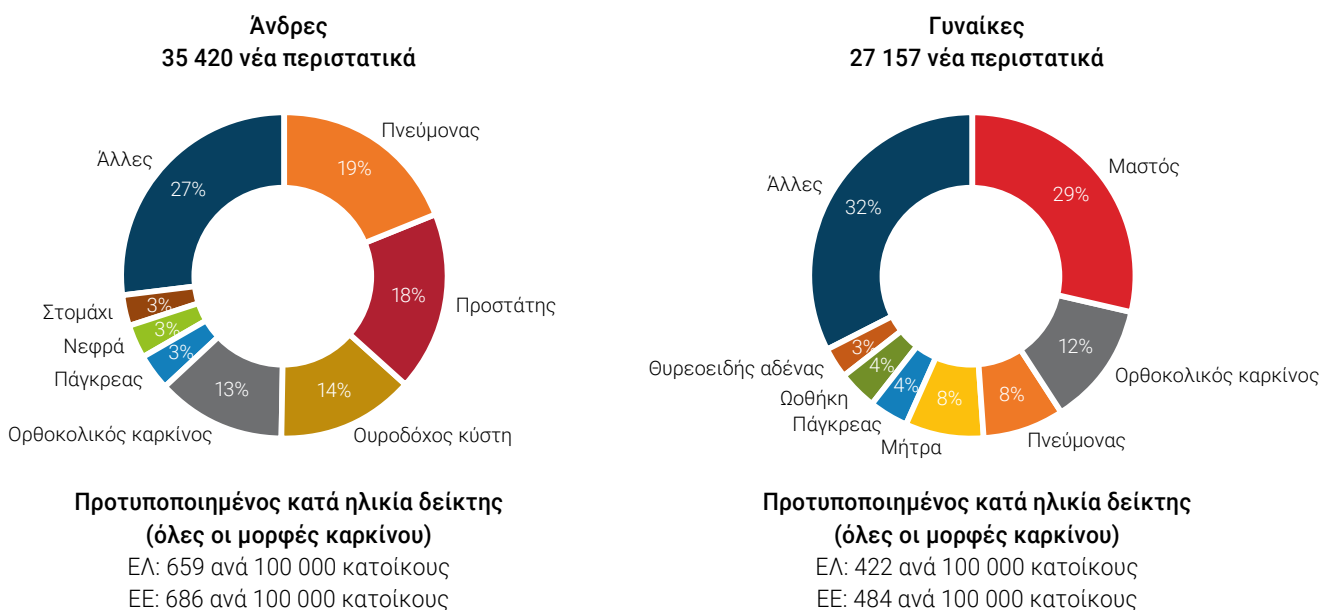
Οι περισσότεροι Έλληνες αναφέρουν ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι καλή, ωστόσο ένα υψηλό ποσοστό αναφέρει ψυχολογική δυσφορία

Το 2019 σχεδόν το 80 % του ελληνικού πληθυσμού ανέφερε ότι η κατάσταση της υγείας του είναι καλή, ποσοστό το οποίο είναι κατά πολύ υψηλότερο από τον μέσο όρο για το σύνολο της ΕΕ (69 %). Ταυτόχρονα, το ποσοστό των ενηλίκων που ανέφεραν συμπτώματα ψυχολογικής δυσφορίας το 2018 ήταν μεγαλύτερο σε σύγκριση με τις περισσότερες άλλες χώρες της ΕΕ (15 % στην Ελλάδα έναντι 11 % στην ΕΕ).

Το άγχος του καρκίνου στην Ελλάδα είναι μεγάλο

Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Κοινού Κέντρου Ερευνών με βάση τις τάσεις επιπολασμού των προηγούμενων ετών, το 2020 αναμένονταν περίπου 62 000 νέα περιστατικά καρκίνου στην Ελλάδα και περίπου 33 000 θάνατοι από καρκίνο κατά τη διάρκεια του συγκεκριμένου έτους¹. Όπως φαίνεται στο σχήμα 3, τα κυριότερα όργανα που προσβάλλει ο καρκίνος είναι, για τους άνδρες, ο πνεύμονας (19 %) και σε παρόμοια ποσοστά ο προστάτης (18 %), η ουροδόχος κύστη (14 %) και το ορθό και το παχύ έντερο (13 %), ενώ στις γυναίκες η κύρια μορφή καρκίνου είναι ο καρκίνος του μαστού (29 %), ακολουθούμενος από τον ορθοκολικό καρκίνο (12 %), τον καρκίνο του πνεύμονα (8 %) και τον καρκίνο της μήτρας (8 %).

Σχήμα 3. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, αναμένεται ότι το 2020 θα διαγνωστεί καρκίνος σε 62 000 άτομα στην Ελλάδα



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

1. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι εν λόγω εκτιμήσεις πραγματοποιήθηκαν πριν από την πανδημία COVID-19· αυτό ενδέχεται να επηρεάζει τόσο τον επιπολασμό όσο και τα ποσοστά θνησιμότητας από καρκίνο κατά τη διάρκεια του 2020.

3 Παράγοντες κινδύνου

Οι συμπεριφορικοί και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου είναι σημαντικοί παράγοντες θνησιμότητας

Περίπου το 40 % όλων των θανάτων στην Ελλάδα το 2019 μπορούν να αποδοθούν σε συμπεριφορικούς παράγοντες κινδύνου, ποσοστό το οποίο είναι παρόμοιο με τον μέσο όρο της ΕΕ (σχήμα 4). Περίπου 22 % όλων των θανάτων το 2019 οφείλονταν στο κάπνισμα (τόσο το ενεργητικό όσο και το παθητικό), ποσοστό το οποίο είναι πολύ υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ. Εκτιμάται ότι οι διατροφικοί κίνδυνοι

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

Σχήμα 4. Ο καπνός και οι διατροφικοί κίνδυνοι αποτελούν σημαντικούς παράγοντες θνησιμότητας στην Ελλάδα



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

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

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

Ο επιπολασμός του καπνίσματος έχει μειωθεί τις τελευταίες δύο δεκαετίες: το 2000 πάνω από το ένα τρίτο του πληθυσμού κάπνιζε τακτικά. Το 2019 ένας στους τέσσερις Έλληνες ενηλίκους κάπνιζε σε καθημερινή βάση, ποσοστό το οποίο εξακολουθεί να είναι ένα από τα υψηλότερα στις χώρες της ΕΕ (σχήμα 5). Όπως και σε πολλές άλλες χώρες, οι άντρες είναι πολύ πιθανότερο να καπνίζουν σε σύγκριση με τις γυναίκες (31 % έναντι 19 %). Το 2019 θεσπίστηκε αυστηρότερη νομοθεσία για την επέκταση και την επιβολή της απαγόρευσης του καπνίσματος τόσο σε εσωτερικούς όσο και σε καθορισμένους υπαίθριους δημόσιους χώρους, συμπεριλαμβανομένων των εστιατορίων και των μπαρ (βλ. ενότητα 5.1).

Το 2018, λιγότεροι από έναν στους πέντε (18 %) 15χρονους στην Ελλάδα ανέφεραν ότι είχαν καπνίσει τον προηγούμενο μήνα, ποσοστό που έχει μειωθεί ελαφρώς την τελευταία δεκαετία και είναι παρόμοιο με τον μέσο όρο της ΕΕ. Ωστόσο, η χρήση ηλεκτρονικών τσιγάρων έχει γίνει πιο δημοφιλής στους εφήβους και περίπου ένας στους δέκα 15χρονους και 16χρονους στην Ελλάδα ανέφερε ότι κάπνισε ηλεκτρονικά τσιγάρα το 2019,

παρότι το ποσοστό αυτό ήταν χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ [11 % στην Ελλάδα έναντι 14 % σε όλες τις χώρες της ΕΕ, σύμφωνα με την Έρευνα στον Σχολικό Πληθυσμό για τη Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών και Άλλες Εξαρτητικές Συμπεριφορές (ESPAD)].

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

Περίπου ένας στους έξι ενηλίκους (16 %) ήταν παχύσαρκος στην Ελλάδα το 2019 —ποσοστό υψηλότερο σε σύγκριση με την Ιταλία (11 %) ή τη Γαλλία (14 %), αλλά παρόμοιο με το ποσοστό σε άλλες μεσογειακές χώρες όπως η Κύπρος (15 %), η Ισπανία (15 %) και η Πορτογαλία (17 %) και ίσο με τον μέσο όρο της ΕΕ. Αντίθετα, περισσότεροι από ένας στους πέντε 15χρονους ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι στην Ελλάδα το 2018, ποσοστό το οποίο είναι υψηλότερο από ό,τι στις περισσότερες άλλες χώρες της ΕΕ 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.

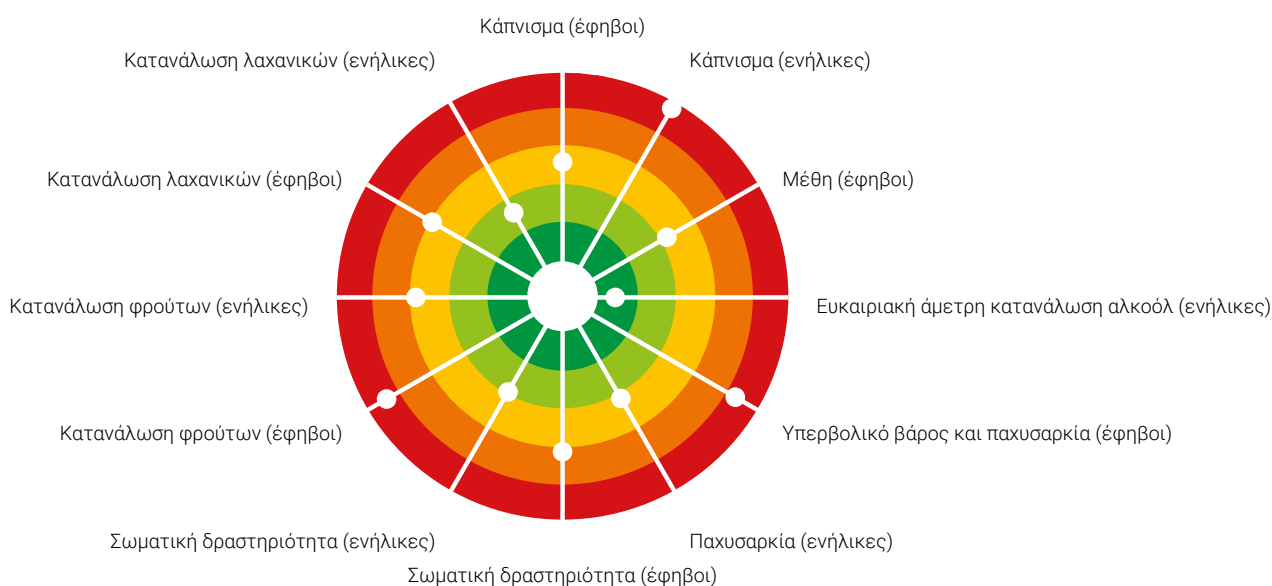
Στην Ελλάδα, όπως και σε άλλες χώρες, η κακή διατροφή είναι ο κύριος παράγοντας υπερβολικού βάρους ή παχυσαρκίας. Περίπου το ήμισυ των ενηλίκων ανέφεραν ότι τρώνε φρούτα και

λαχανικά σε καθημερινή βάση το 2019, ποσοστό που είναι σχετικά χαμηλότερο από ό,τι σε πολλές άλλες χώρες της ΕΕ. Επιπλέον, λιγότεροι από έναν στους τρεις 15χρονους ανέφεραν ότι τρώνε λαχανικά σε καθημερινή βάση και μόλις ένας περίπου στους τέσσερις 15χρονους ανέφερε ότι τρώει φρούτα σε καθημερινή βάση το 2018. Η χαμηλή σωματική δραστηριότητα συμβάλλει επίσης στην παχυσαρκία. Ενώ τα δύο τρίτα των ενηλίκων ανέφεραν ότι έκαναν τουλάχιστον κάποια ήπια σωματική δραστηριότητα κάθε εβδομάδα το 2014, μόλις ένας στους οκτώ 15χρονους ανέφερε ότι έκανε ήπια έως έντονη σωματική δραστηριότητα σε καθημερινή βάση το 2018.

Η ευκαιριακή άμετρη κατανάλωση αλκοόλ και η μέθη είναι από τις χαμηλότερες μεταξύ των χωρών της ΕΕ

Σε αντίθεση με την υψηλή κατανάλωση καπνού, ευκαιριακή άμετρη κατανάλωση αλκοόλ² το 2019 ανέφερε μόλις το 6 % των Ελλήνων ενηλίκων, το οποίο είναι ένα από τα χαμηλότερα επίπεδα μεταξύ των χωρών της ΕΕ. Οι άνδρες αναφέρουν ότι επιδίδονται σε ευκαιριακή άμετρη κατανάλωση αλκοόλ συχνότερα από τις γυναίκες (9 % έναντι 3 %). Όσον αφορά τους εφήβους, το ποσοστό των 15χρονων που αναφέρουν ότι έχουν μεθύσει τουλάχιστον δύο φορές στη ζωή τους ήταν αρκετά σταθερό τις τελευταίες δύο δεκαετίες, αντιστοιχώντας σε περίπου 20 % το 2018 – χαμηλότερο από ό,τι στις περισσότερες χώρες της ΕΕ.

Σχήμα 5. Η αντιμετώπιση του καπνίσματος στους ενηλίκους και η παχυσαρκία στους εφήβους αποτελούν σημαντικά προβλήματα για τη δημόσια υγεία



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 Συμπεριφοράς Υγείας στα Παιδιά Σχολικής Ηλικίας (HBSC) του 2017-2018 όσον αφορά τους δείκτες για τους εφήβους· Ευρωπαϊκή Έρευνα για την Υγεία βάσει Ερωτηματολογίου (EHIS) 2014 και 2019 όσον αφορά τους δείκτες για τους ενηλίκους.

4 Το σύστημα υγείας

Ένα ενιαίο ταμείο ασφάλισης υγείας ενεργεί ως μοναδικός αγοραστής των χρηματοδοτούμενων από το δημόσιο υπηρεσιών υγείας

Από το 2011, η Ελλάδα έχει υιοθετήσει ένα εξαιρετικά συγκεντρωτικό μοντέλο μικτού συστήματος υγείας, που συνδυάζει έναν ενιαίο φορέα ασφάλισης υγείας ο οποίος εισπράττει εισφορές, με σημαντική χρηματοδότηση από την κεντρική κυβέρνηση. Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) διαχειρίζεται ένα ενιαίο ταμείο ασφάλισης

υγείας και αγοράζει χρηματοδοτούμενες από το δημόσιο υπηρεσίες υγείας τις οποίες παρέχει το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Ο ΕΟΠΥΥ συνάπτει επίσης συμβάσεις με ιδιώτες παρόχους, κυρίως για την παροχή πρωτοβάθμιας και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και διαγνωστικών υπηρεσιών. Το Υπουργείο Υγείας είναι υπεύθυνο για την ευρεία ρύθμιση όλου του συστήματος και συντόνισε επίσης την αντιμετώπιση της πανδημίας COVID-19 στη χώρα (πλαίσιο 1).

2. Η ευκαιριακή άμετρη κατανάλωση αλκοόλ ορίζεται ως η κατανάλωση έξι ή περισσότερων αλκοολούχων ποτών σε μία περίσταση για τους ενηλίκους.

Πλαίσιο 1. Η Ελλάδα θέσπισε κεντρικές ρυθμίσεις διακυβέρνησης για την αντιμετώπιση της νόσου COVID-19

Επικεφαλής της επείγουσας αντιμετώπισης της πανδημίας COVID-19 στην Ελλάδα είναι ο πρωθυπουργός, με την υποστήριξη της εθνικής Γενικής Γραμματείας Πολιτικής Προστασίας. Την ευθύνη για την αντίδραση του συστήματος υγείας ανέλαβαν το Υπουργείο Υγείας και ο Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, σε συνεργασία με την Εθνική Επιτροπή Εμπειρογνομήνων Δημόσιας Υγείας. Η επιτροπή αυτή αποτελείται από 11 εκτελεστικά μέλη και επιστήμονες στον τομέα της δημόσιας υγείας και παρέχει την επιστημονική τεκμηρίωση για τη λήψη αποφάσεων από την κυβέρνηση. Τεχνική υποστήριξη και πληροφορίες σχετικά με την επιδημιολογική επιτήρηση παρέχει η Επιτροπή Αντιμετώπισης Εκτάκτων Συμβάντων Δημόσιας Υγείας από Λοιμογόνους Παράγοντες, η οποία αποτελείται από 31 επιστήμονες. Υπεύθυνη

για τον επιχειρησιακό συντονισμό σε συνεχή βάση είναι η Διεύθυνση Επιχειρησιακής Ετοιμότητας Εκτάκτων Καταστάσεων Δημόσιας Υγείας.

Από τον Φεβρουάριο του 2020 η ψήφιση νομοθεσίας από το ελληνικό κοινοβούλιο με ταχείες διαδικασίες αποτελεί το κύριο μέσο θέσπισης βασικών μέτρων για την αντιμετώπιση της νόσου COVID-19, συμπεριλαμβανομένων των περιορισμών στις μετακινήσεις και τις συναθροίσεις, της αύξησης του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας, της αναστολής της λειτουργίας των επιχειρήσεων και των δραστηριοτήτων στους χώρους εργασίας και των μέτρων οικονομικής στήριξης.

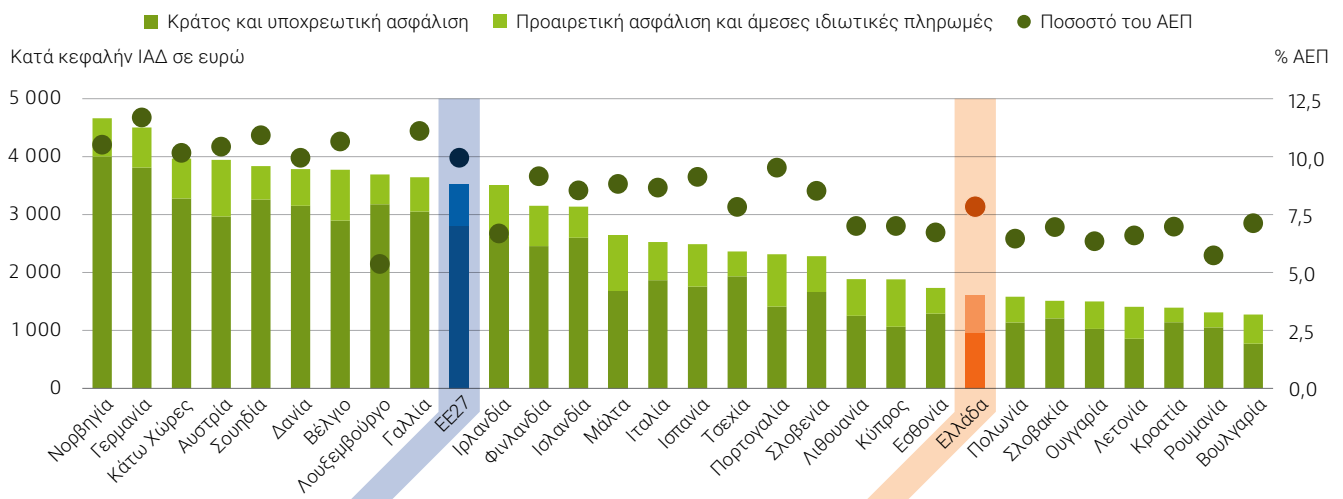
Πηγή: COVID-19 Health System Response Monitor.

Οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα έχουν αυξηθεί με αργούς ρυθμούς, αλλά εξακολουθούν να είναι πολύ χαμηλότερες σε σύγκριση με την ΕΕ

Το 2019 η Ελλάδα διέθεσε 7,8 % του ΑΕΠ στην υγεία σε σύγκριση με 9,9 % που διατέθηκε στο σύνολο της ΕΕ³. Το ίδιο έτος οι κατά κεφαλήν δαπάνες ανήλθαν σε 1 603 ευρώ (προσαρμοσμένο ποσό ανάλογα με τις διαφορές στην αγοραστική δύναμη), ποσό το οποίο είναι χαμηλότερο από το ήμισυ του μέσου όρου της ΕΕ (3 523 ευρώ) (σχήμα 6). Ιστορικά, οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα ήταν χαμηλότερες από τον μέσο όρο της ΕΕ, ενώ τα εκτεταμένα μέτρα συγκράτησης του κόστους και αποδοτικότητας που θεσπίστηκαν μετά την οικονομική κρίση του 2009 οδήγησαν σε απότομες μειώσεις. Από το 2015 η τάση αυτή έχει αντιστραφεί, με μικρές αλλά σταθερές αυξήσεις των δαπανών. Η κατάσταση έκτακτης ανάγκης λόγω της νόσου COVID-19 είχε επίσης ως αποτέλεσμα τη χορήγηση πρόσθετης χρηματοδότησης το 2020 για τη στήριξη του τομέα της υγείας (πλαίσιο 2).

Η χρηματοδότηση από το δημόσιο ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία ήταν 60 % το 2019 –ποσοστό το οποίο είναι το δεύτερο χαμηλότερο μετά την Κύπρο και σημαντικά χαμηλότερο από τον μέσο όρο στην ΕΕ (80 %). Αυτό σημαίνει ότι ένα πολύ μεγάλο μερίδιο των δαπανών για την υγεία προέρχεται από τα νοικοκυριά (35 %) με τη μορφή άμεσων ιδιωτικών πληρωμών –οι οποίες συνίστανται κυρίως σε συμμετοχές των ασφαλισμένων για τα φάρμακα και άμεσες πληρωμές για υπηρεσίες που δεν περιλαμβάνονται στη δέσμη παροχών, επισκέψεις σε ιδιώτες ειδικούς ιατρούς, νοσηλευτική περίθαλψη και οδοντιατρική περίθαλψη. Επίσης, οι άτυπες πληρωμές αντιπροσωπεύουν περισσότερο από το ένα τέταρτο των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών (WHO Regional Office for Europe, 2018). Η προαιρετική ασφάλιση υγείας διαδραματίζει μόνον ήσσονος σημασίας ρόλο, αντιπροσωπεύοντας το 5 % των συνολικών δαπανών για την υγεία.

Σχήμα 6. Οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα αντιστοιχούν στο ήμισυ περίπου του μέσου όρου της ΕΕ



Σημείωση: Ο μέσος όρος της ΕΕ είναι σταθμισμένος.

Πηγή: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την Υγεία 2021 (τα στοιχεία αφορούν το 2019, με εξαίρεση τη Μάλτα για την οποία αφορούν το 2018).

3. 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. Βάσει του μηχανισμού αυτόματης επιστροφής (clawback), ο οποίος εφαρμόζεται σε μεγάλο μέρος του προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ, 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.

Πλαίσιο 2. Επιπλέον χρηματοδότηση διατέθηκε για την αντιμετώπιση της νόσου COVID-19 στην Ελλάδα όταν ξεκίνησε η κρίση

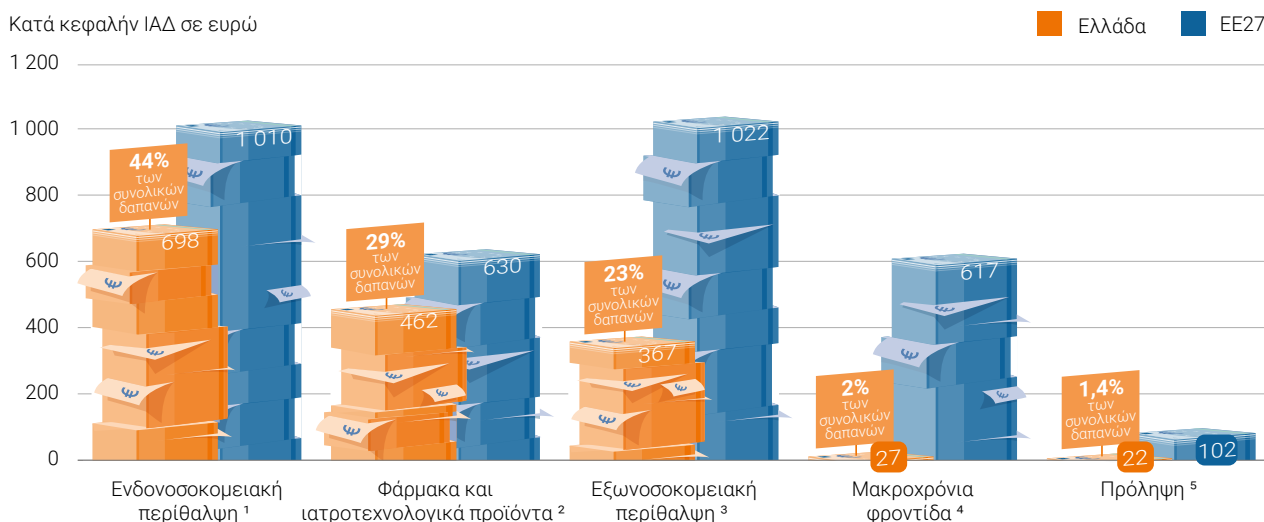
Το 2020 διατέθηκε πρόσθετη χρηματοδοτική στήριξη συνολικού ύψους 785 εκατ. ευρώ για την κάλυψη του κόστους της πανδημίας στην Ελλάδα. Περίπου 640 εκατ. ευρώ δεσμεύτηκαν για τη συνολική αντιμετώπιση της νόσου COVID-19, συμπεριλαμβανομένης της χρηματοδότησης από προγράμματα της ΕΕ. Επιπλέον, εγκρίθηκαν και διατέθηκαν 85 εκατ. ευρώ για τις αμοιβές του ιατρικού προσωπικού έκτακτης ανάγκης και περαιτέρω 60 εκατ. ευρώ για ιατρικό εξοπλισμό και για τη λειτουργία μονάδων εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ). Σημαντικό μέρος της χρηματοδότησης υλοποιήθηκε επίσης με τη μορφή δωρεών σε χρήμα και σε είδος, συνολικού ύψους 128 εκατ. ευρώ, τον Νοέμβριο του 2020.

Πηγή: COVID-19 Health System Response Monitor.

Οι δαπάνες για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη ανέρχονται στα δύο πέμπτα του προϋπολογισμού για την υγεία

Δεδομένων των συνολικά μειωμένων δαπανών της για την υγεία, το 2019 η Ελλάδα δαπάνησε λιγότερους πόρους κατά κεφαλήν σε όλες τις υπηρεσίες του συστήματος υγείας, σε σύγκριση με τους μέσους όρους στην ΕΕ, με εντονότερη τη διαφορά στις δαπάνες για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και μακροχρόνια φροντίδα (σχήμα 7). Ως ποσοστό των τρεχουσών δαπανών για την υγεία, το 44 % των συνολικών δαπανών για την υγεία διατέθηκαν για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη —πρόκειται για το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ μετά τη Ρουμανία (ο μέσος όρος της ΕΕ είναι 29 %). Σχεδόν 30 % των κονδυλίων δαπανήθηκαν για φάρμακα και ιατρικά είδη που διατίθενται στη λιανική αγορά, ποσοστό που είναι πολύ υψηλότερο από τον μέσο όρο στην ΕΕ (18 %) και αντικατοπτρίζει εν μέρει τις υψηλές άμεσες ιδιωτικές πληρωμές από τα νοικοκυριά. Οι πόροι που διαθέτει η Ελλάδα για τη μακροχρόνια φροντίδα είναι συγκριτικά χαμηλοί —μόλις 1,7 % των συνολικών δαπανών σε σύγκριση με το πολύ υψηλότερο ποσοστό της τάξης του 16,3 % στην ΕΕ —ενώ οι δαπάνες για την προληπτική φροντίδα (1,4 %) είναι από τις χαμηλότερες (ο μέσος όρος στην ΕΕ είναι 2,9 %).

Σχήμα 7. Η Ελλάδα δαπανά πολύ λιγότερους πόρους για την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και τη μακροχρόνια φροντίδα σε σύγκριση με τις περισσότερες χώρες της ΕΕ



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

Πηγές: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την Υγεία 2021, βάση δεδομένων της Eurostat (τα στοιχεία αφορούν το 2019).

Το σύστημα υγείας παρέχει σχεδόν καθολική κάλυψη και τυποποιημένη δέσμη παροχών

Το 2016 η Ελλάδα επέκτεινε την κάλυψη των χρηματοδοτούμενων από το κράτος υπηρεσιών προκειμένου να συμπεριληφθούν προηγουμένως ανασφάλιστες ομάδες. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας παρέχει πρόσβαση σε μια ενοποιημένη δέσμη παροχών, η οποία περιλαμβάνει πρωτοβάθμια φροντίδα, διαγνωστικές εξετάσεις, εξειδικευμένη εξωνοσοκομειακή και ενδονοσοκομειακή περίθαλψη. Ωστόσο, από το 2012 η κυβέρνηση έχει επιβάλει στους ιατρούς όρια όσον αφορά τον αριθμό των επισκέψεων ασθενών που αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ, σε μια προσπάθεια να αντιμετωπιστεί η προκλητή ζήτηση. 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» (βλ. ενότητα 5.2).

Η Ελλάδα διαθέτει σχετικά λίγες νοσοκομειακές κλίνες

Οι υπηρεσίες και οι δομές υγείας συγκεντρώνονται σε μεγάλο βαθμό στις αστικές περιοχές. Πριν από την πανδημία υπήρχαν, κατά μέσο όρο, 4,2 νοσοκομειακές κλίνες ανά 1 000 κατοίκους —πολύ κάτω από τις 5,3 κλίνες που ήταν η αναλογία στην ΕΕ συνολικά. Τα ποσοστά νοσοκομειακών κλινών και η μέση διάρκεια νοσηλείας (που επί του παρόντος πλησιάζει τον μέσο όρο των 7,4 ημερών της ΕΕ) έχουν παραμείνει σχετικά σταθερά από το 2013, ενώ ο αριθμός των εξιτηρίων ασθενών μειώθηκε

ελαφρώς και ήταν ένας από τους χαμηλότερους στην ΕΕ, αντιστοιχώντας σε 13 719 ανά 100 000 κατοίκους το 2015. Κατά τη διάρκεια του δεύτερου κύματος της πανδημίας COVID-19 το 2020, όταν σημειώθηκε σημαντική απότομη αύξηση των κρουσμάτων, σε ορισμένες από τις βαρύτερα πληγείσες περιοχές δεν υπήρχαν αρκετές νοσοκομειακές κλίνες και η σχετική δυναμικότητα αναζητήθηκε στον ιδιωτικό τομέα. Το υπάρχον απόθεμα σε κλίνες ΜΕΘ αυξήθηκε επίσης σημαντικά (βλ. ενότητα 5.3).

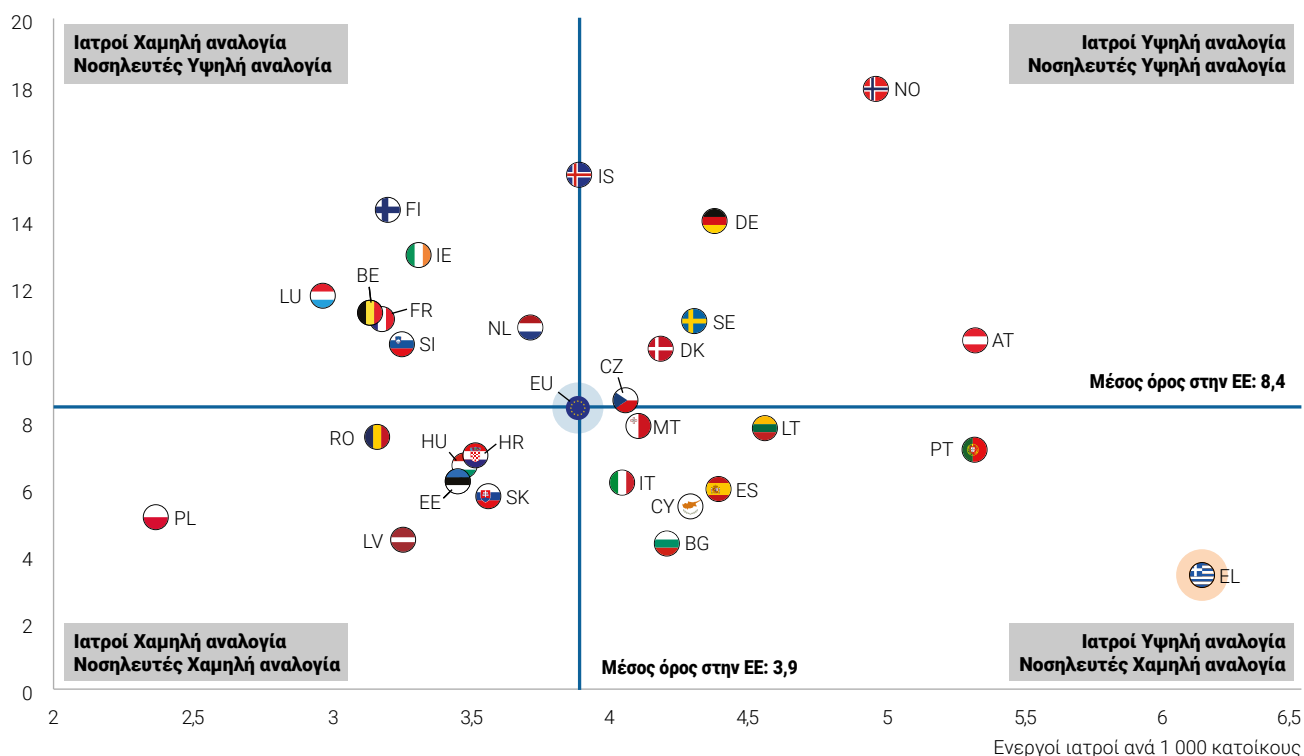
Οι μεταρρυθμίσεις που αποσκοπούν στην ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας εξαρτώνται από τον επαρκή αριθμό ιατρών και νοσηλευτών

Η Ελλάδα καταγράφει τον υψηλότερο κατά κεφαλήν αριθμό ιατρών μεταξύ των χωρών της ΕΕ, εν μέρει επειδή τα στοιχεία περιλαμβάνουν όλους τους ιατρούς με άδεια άσκησης επαγγέλματος και όχι μόνο εκείνους που είναι επαγγελματικά ενεργοί (σχήμα 8). Αντίθετα, έχει τον χαμηλότερο αριθμό

νοσηλευτών σε σχέση με τον πληθυσμό, αλλά στον αριθμό αυτόν συμπεριλαμβάνονται κυρίως μόνο νοσηλευτές που εργάζονται σε νοσοκομεία. Η συντριπτική πλειονότητα των ιατρών είναι ειδικοί ιατροί, ενώ οι γενικοί ιατροί αντιπροσωπεύουν μόλις το 7 % του συνόλου των ιατρών, έναντι 26 % που είναι ο μέσος όρος της ΕΕ. Η εξασφάλιση επαρκούς προσφοράς γενικών ιατρών αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις για την επέκταση του δικτύου των τοπικών μονάδων υγείας (TOMY) και των κέντρων υγείας στο πλαίσιο μιας εκτεταμένης μεταρρύθμισης που ξεκίνησε το 2017 (Myloneros & Sakellariou, 2021). Σκοπός της μεταρρύθμισης είναι να αυξηθεί η πρόσβαση και να ενισχυθούν οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, προαγωγής της υγείας και πρόληψης σε επίπεδο κοινότητας, με μακροπρόθεσμο στόχο την πρόοδο προς ένα ολοκληρωμένο μοντέλο υγειονομικής περίθαλψης. Ομοίως, ο χαμηλός αριθμός νοσηλευτών —ιδίως νοσηλευτών που εργάζονται στην κοινότητα— και η αναδιάρθρωσή τους κατά τη διάρκεια της κρίσης λόγω της νόσου COVID-19 επηρέασαν την ανάπτυξη αυτών των δομών ενισχυμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Σχήμα 8. Παρατηρείται έντονη ανισορροπία όσον αφορά τους διαθέσιμους ιατρούς σε σύγκριση με τους νοσηλευτές

Ενεργοί νοσηλευτές ανά 1 000 κατοίκους



Σημείωση: Ο μέσος όρος της ΕΕ δεν είναι σταθμισμένος. Στην Πορτογαλία και στην Ελλάδα τα στοιχεία αναφέρονται σε όλους τους ιατρούς με άδεια άσκησης επαγγέλματος, με αποτέλεσμα τη μεγάλη υπερεκτίμηση του αριθμού των ενεργών ιατρών (π.χ. περίπου 30 % στην Πορτογαλία). Για την Ελλάδα ο αριθμός των νοσηλευτών είναι υποεκτιμημένος, καθώς περιλαμβάνει μόνο όσους εργάζονται σε νοσοκομείο.

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

5 Απόδοση του συστήματος υγείας

5.1 Αποτελεσματικότητα

Η θνησιμότητα από προλαμβανόμενες και θεραπεύσιμες αιτίες εξακολουθεί να μειώνεται στην Ελλάδα

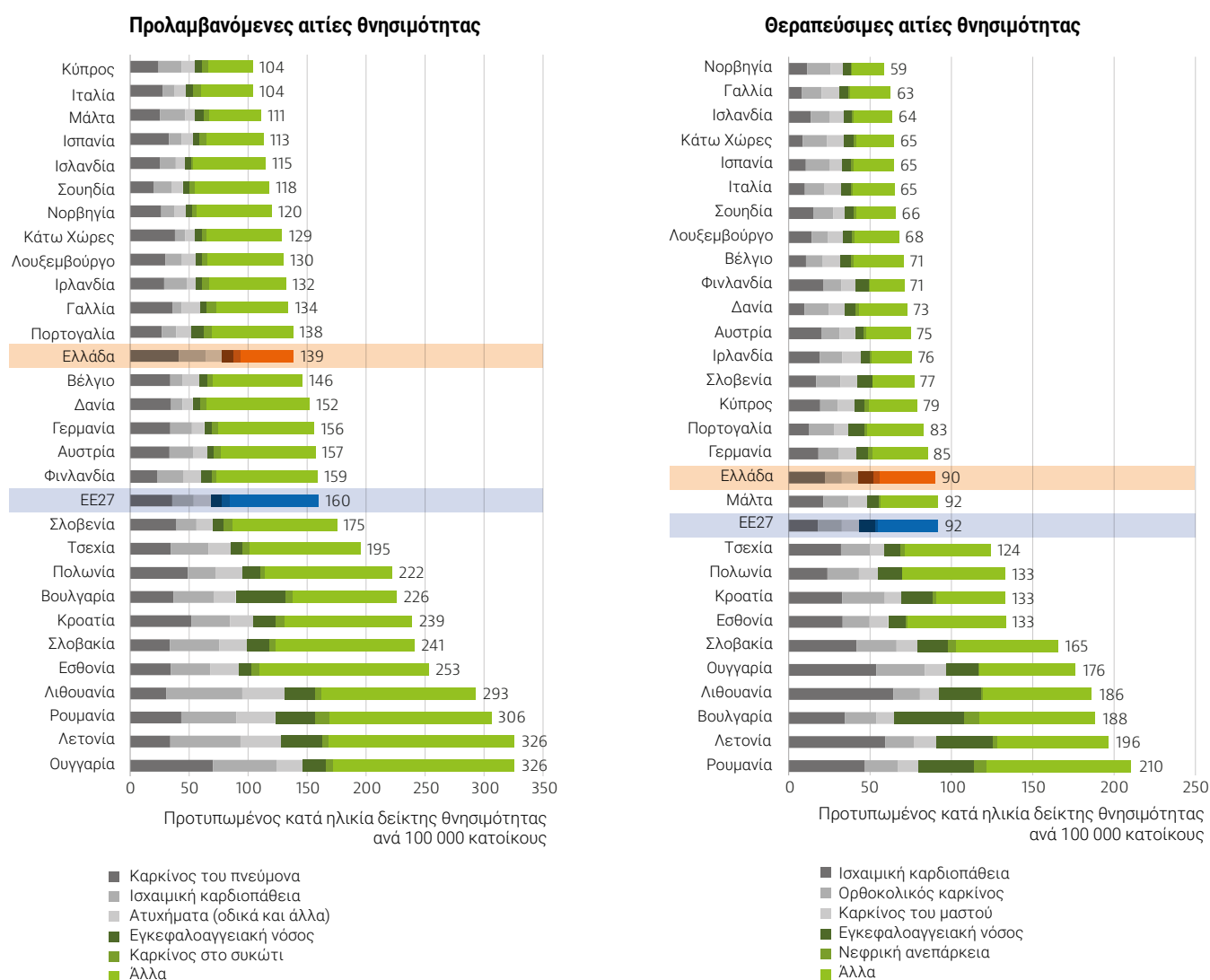
Το ποσοστό προλαμβανόμενης θνησιμότητας στην Ελλάδα μειώθηκε οριακά κατά την τελευταία πενταετία, αλλά είναι

σημαντικά χαμηλότερο από το ποσοστό στην πλειονότητα των χωρών της ΕΕ (σχήμα 9). Η κύρια αιτία προλαμβανόμενης θνησιμότητας είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, ο οποίος αντιστοιχούσε στο 30 % περίπου των πρόωγων θανάτων το 2018, αλλά οι ισχαιμικές καρδιοπάθειες και τα ατυχήματα είναι επίσης σημαντικοί παράγοντες. Δεδομένων των υψηλών ποσοστών καπνίσματος, ιδίως στους άνδρες, είναι αδύνατον να σημειωθούν στο μέλλον βελτιώσεις στα συγκεκριμένα στοιχεία θνησιμότητας, εκτός αν αλλάξουν οι συμπεριφορές.

Η θνησιμότητα από θεραπεύσιμες αιτίες (90 ανά 100 000 κατοίκους) ήταν λίγο κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ (92 ανά 100 000 κατοίκους) το 2018. Τα δεδομένα τάσεων και άλλα στοιχεία (Karaniolos et al., 2018) δείχνουν αντιστροφή της μείωσης που επικράτησε από το 2000 στα ποσοστά θνησιμότητας, τα οποία άρχισαν να αυξάνονται μεταξύ του 2013 και του 2016, προτού επανέλθουν σε καθοδική τάση. Οι πρόωροι θάνατοι από ισχαιμική καρδιοπάθεια και εγκεφαλοαγγειακές διαταραχές (συμπεριλαμβανομένου του εγκεφαλικού επεισοδίου), οι οποίες θεωρούνται προλαμβανόμενες και θεραπεύσιμες αιτίες, αντιπροσώπευαν το 36 % 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. Στην Ελλάδα έχει δρομολογηθεί μια διαδικασία εκτεταμένων μεταρρυθμίσεων του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας (βλ. ενότητα 4), οι οποίες, εκτός από την επέκταση της εμβέλειας των δημόσιων υπηρεσιών, έχουν ως στόχο την παροχή αποτελεσματικότερης, έγκαιρης και συντονισμένης θεραπευτικής αγωγής σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις. Η πρόωγη θνησιμότητα από ορθοκολικό καρκίνο και καρκίνο του μαστού ευθύνεται επίσης για ποσοστό λίγο μεγαλύτερο από το ένα πέμπτο των θανάτων από θεραπεύσιμες αιτίες, γεγονός που υπογραμμίζει την ανάγκη συνεχούς έμφασης στη βελτίωση της ανίχνευσης και της έγκαιρης θεραπείας.

Σχήμα 9. Η Ελλάδα έχει καλύτερες επιδόσεις όσον αφορά την προλαμβανόμενη θνησιμότητα σε σύγκριση με τη θνησιμότητα από θεραπεύσιμες αιτίες



Σημείωση: Ως προλαμβανόμενη θνησιμότητα ορίζεται ο θάνατος που μπορεί να αποτραπεί κυρίως μέσω παρεμβάσεων δημόσιας υγείας και πρωτογενούς πρόληψης. Ως θνησιμότητα από θεραπεύσιμες αιτίες ορίζεται ο θάνατος που μπορεί να αποτραπεί κυρίως μέσω παρεμβάσεων υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων του προσυμπτωματικού ελέγχου και της αγωγής. Οι μισοί από όλους τους θανάτους για ορισμένες νόσους (π.χ. ισχαιμική καρδιοπάθεια και εγκεφαλοαγγειακή νόσος) αποδίδονται σε προλαμβανόμενη θνησιμότητα· οι άλλοι μισοί αποδίδονται σε θεραπεύσιμες αιτίες. Και οι δύο δείκτες αναφέρονται στην πρόωγη 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 2018, με εξαίρεση τη Γαλλία για την οποία αφορούν το 2016).

Η αντιμετώπιση του καπνίσματος αποτελεί προτεραιότητα για τη δημόσια υγεία

Τα ποσοστά καπνίσματος στην Ελλάδα είναι από τα υψηλότερα στην ΕΕ (βλ. ενότητα 3). Μετά από μια δεκαετία πλημμελούς τήρησης και επιβολής της απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, η ελληνική κυβέρνηση θέσπισε τον Οκτώβριο του 2019 έναν πιο περιεκτικό αντικαπνιστικό νόμο στο πλαίσιο ενός νέου σχεδίου δράσης για την καταπολέμηση του καπνίσματος. Με αυστηρές ποινές και ειδικούς επιθεωρητές για την επιβολή του νόμου, το κάπνισμα απαγορεύεται σε όλους τους δημόσιους εσωτερικούς χώρους, συμπεριλαμβανομένων όλων των δομών υγειονομικής περίθαλψης, των σχολείων, των εστιατορίων και των νυχτερινών κέντρων διασκέδασης. Η νομοθεσία απαγορεύει επίσης το κάπνισμα σε ταξί, σε ιδιωτικά οχήματα όπου επιβαίνουν παιδιά, σε υπαίθριους αθλητικούς χώρους και σε παιδικές χαρές. Πραγματοποιήθηκε επίσης εκστρατεία στα μέσα ενημέρωσης για την προώθηση των νέων κανόνων και την αλλαγή στάσης απέναντι στο κάπνισμα.

Η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας αποτελούν προτεραιότητες μέσω νέων εθνικών σχεδίων

Μέχρι πρότινος η εφαρμογή παρεμβάσεων στον τομέα της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα υπήρξε ατελής. Εκτός από ενημερωτικές εκστρατείες σχετικά με τους κινδύνους της κατάχρησης ουσιών, της χρήσης καπνού και της κατανάλωσης αλκοόλ, δεν εφαρμόζονταν σχετικές εθνικές στρατηγικές. Αυτό πλέον έχει αλλάξει με τη θέσπιση του γενικού Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2021-25, το οποίο υιοθετεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση για τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών δημόσιας υγείας της Ελλάδας και την επεξεργασία ενός φάσματος προληπτικών και διατομεακών πολιτικών και πολιτικών προαγωγής της υγείας. Οι βασικοί άξονες δράσης περιλαμβάνουν την αποτύπωση των συμπεριφορών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου για την υγεία του πληθυσμού, τη διαχείριση νοσημάτων υψηλού φορτίου νοσηρότητας με την εφαρμογή εθνικών σχεδίων δράσης για ασθένειες όπως ο καρκίνος, και την πρόληψη, την προστασία και τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και ιδιαίτερα των ευπαθών ομάδων (Υπουργείο Υγείας της Ελλάδας, 2021). Εκτός από τον ενισχυμένο αντικαπνιστικό νόμο το 2019, το 2020 ξεκίνησε μια εθνική στρατηγική πρόληψης στον τομέα της δημόσιας υγείας (Σπύρος Δοξιάδης), η οποία στοχεύει στην υλοποίηση προσπαθειών πρόληψης σε 15 επιχειρησιακούς τομείς και περιλαμβάνει 95 έργα σε εθνικό επίπεδο.

Ο εφοδιασμός με εμβόλια κατά της γρίπης αυξήθηκε για την περίοδο 2020/21

Οι εμβολιασμοί κατά της εποχικής γρίπης προσφέρονται δωρεάν σε όλους και η κάλυψη των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών είχε ήδη αυξηθεί από 46 % το 2009 σε 59 % το 2019, ποσοστό υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ ο οποίος ήταν 41 % για το συγκεκριμένο έτος. Για την περίοδο 2020/21, η κυβέρνηση εξασφάλισε πρόσθετες ποσότητες εμβολίων κατά της γρίπης, οι οποίες αντιστοιχούσαν σε 4,2 εκατομμύρια δόσεις για χορήγηση μέσω κλινικών και φαρμακείων από τον Οκτώβριο του 2020. Ο αριθμός αυτός είναι διπλάσιος από τον αριθμό των δόσεων που αγοράστηκαν το 2018 και περίπου 35 % υψηλότερος από ό,τι το 2019. Ο στόχος ήταν συγκεκριμένα να αποφευχθεί η πιθανή έξαρση επιδημίας γρίπης ταυτόχρονα με την πανδημία COVID-19 και να μειωθεί η πρόσθετη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Ο αντίκτυπος ήταν σημαντικός: το 2020 το 74 % των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών εμβολιάστηκαν κατά της γρίπης, ποσοστό που σχεδόν επιτυγχάνει τον στόχο του 75 % που έχει συστήσει ο ΠΟΥ.

Σημειώνεται πρόοδος όσον αφορά την ανάπτυξη εθνικού μητρώου καρκίνου και σχεδίων δράσης για τον καρκίνο

Σχεδόν το ένα τέταρτο όλων των θανάτων στην Ελλάδα οφείλονται στον καρκίνο (βλ. ενότητα 2). Επί του παρόντος δεν είναι δυνατόν να σχολιαστούν τα ποσοστά πενταετούς επιβίωσης για τις συνηθέστερες μορφές καρκίνου, καθώς η Ελλάδα δεν διαθέτει εθνικό μητρώο καρκίνου και τα στοιχεία άλλων περιφερειακών ή ειδικών μητρώων είναι ελλιπή. Για την κάλυψη αυτού του κενού, το Υπουργείο Υγείας ανακοίνωσε σχέδια για τη δημιουργία ενός εθνικού μητρώου ασθενών με καρκίνο που θα συνδέεται με τον εθνικό ηλεκτρονικό φάκελο υγείας και στο οποίο θα αναφέρονται όλα τα περιστατικά καρκίνου και θα συγκεντρώνονται σημαντικές κλινικές μεταβλητές. Παρόλο που δεν έχει ακόμη εκπονηθεί εθνικό σχέδιο για τον καρκίνο, η Ελλάδα ανακοίνωσε πρόσφατα μια εθνική στρατηγική ελέγχου του καρκίνου του πνεύμονα (πλαίσιο 3).

Πλαίσιο 3. Η Ελλάδα αναπτύσσει εθνική στρατηγική ελέγχου του καρκίνου του πνεύμονα

Ο καρκίνος του πνεύμονα ευθύνεται για σημαντικό ποσοστό των αποτρέψιμων θανάτων στην Ελλάδα. Η ανακοίνωση της πρώτης εθνικής στρατηγικής της χώρας για τον έλεγχο του καρκίνου του πνεύμονα, η οποία άρχισε να αναπτύσσεται το 2021, σηματοδότησε την έναρξη στοχευμένων προσπαθειών για την αντιμετώπιση σημαντικών κενών όσον αφορά την πρόληψη, καθώς και την έγκαιρη διάγνωση και τη διαχείριση της νόσου. Η πρωτοβουλία εναρμονίζεται με το ευρωπαϊκό σχέδιο για την καταπολέμηση του καρκίνου (European Commission, 2021a), το οποίο παρουσίασε η Ευρωπαϊκή Επιτροπή τον Φεβρουάριο του 2021. Το σχέδιο αυτό περιλαμβάνει τέσσερις βασικούς τομείς δράσης, την πρόληψη, την έγκαιρη ανίχνευση, τη διάγνωση και τη θεραπεία και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Για την υλοποίησή του θα χρησιμοποιηθεί όλο το φάσμα των χρηματοδοτικών μέσων της Επιτροπής και για τις δράσεις στον τομέα του καρκίνου θα δεσμευτούν συνολικά 4 δισ. ευρώ.

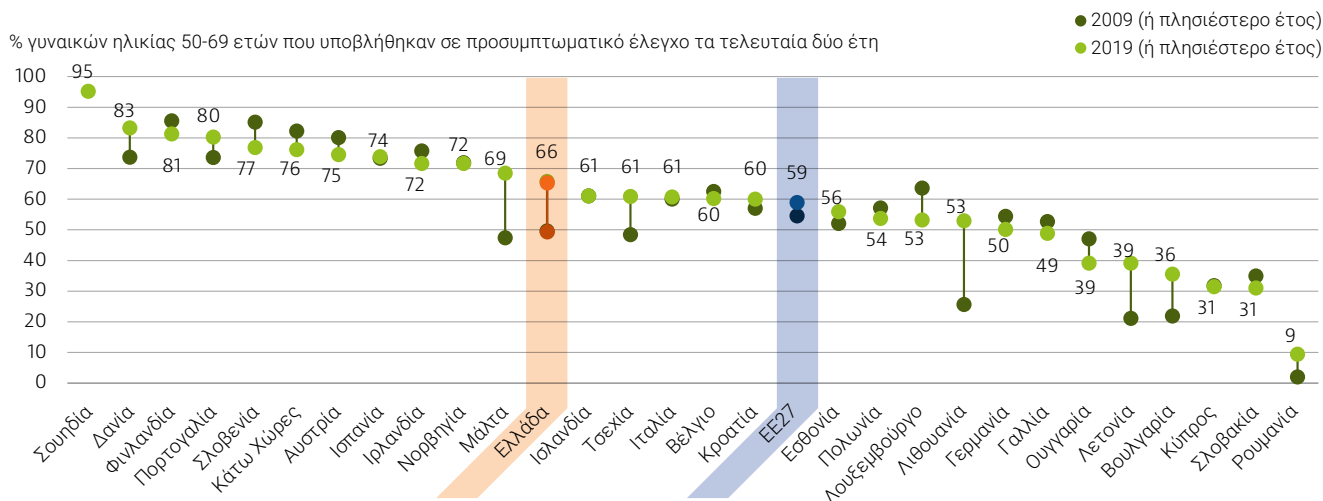


Παρά την έλλειψη εθνικών προγραμμάτων, η προσφυγή στον προσυμπτωματικό έλεγχο του τραχήλου της μήτρας και του καρκίνου του μαστού είναι σχετικά υψηλή

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν επί του παρόντος προγράμματα συστηματικού προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου. Από ερευνητικά στοιχεία για το 2019 σχετικά με τον ευκαιριακό προσυμπτωματικό έλεγχο προκύπτει ότι σε προσυμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας υποβλήθηκε κατά τα δύο προηγούμενα έτη ποσοστό 73 % των γυναικών ηλικίας 20-69 ετών, το οποίο είναι σημαντικά υψηλότερο από τον μέσο

όρο στις χώρες της ΕΕ (58 %). Ομοίως, σε προσυμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο του μαστού υποβλήθηκε κατά τα δύο προηγούμενα έτη ποσοστό 66 % των γυναικών ηλικίας 50-69 ετών, το οποίο αυξήθηκε από 50 % που ήταν το 2009 και είναι υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ ο οποίος ανέρχεται σε 59 % (σχήμα 10). Το 2021 το Υπουργείο Υγείας ανακοίνωσε ένα νέο πρόγραμμα που θα παρέχει δωρεάν μαστογραφίες κάθε δύο χρόνια για γυναίκες ηλικίας 40-50 ετών (είτε είναι ασφαλισμένες είτε όχι) και κάθε χρόνο για γυναίκες ηλικίας άνω των 50 ετών και για γυναίκες που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο ηλικίας άνω των 35 ετών.

Σχήμα 10. Η συμμετοχή στον μαστογραφικό προσυμπτωματικό έλεγχο στην Ελλάδα είναι πάνω από τον μέσο όρο της ΕΕ



Σημείωση: Ο μέσος όρος της ΕΕ δεν είναι σταθμισμένος. Για τις περισσότερες χώρες, τα στοιχεία βασίζονται σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου και όχι σε έρευνες.

Πηγές: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την Υγεία 2020 και βάση δεδομένων της Eurostat.

5.2 Προσβασιμότητα

Η Ελλάδα είχε το δεύτερο υψηλότερο επίπεδο μη καλυπτόμενων αναγκών ιατρικής περίθαλψης μεταξύ των χωρών της ΕΕ το 2019

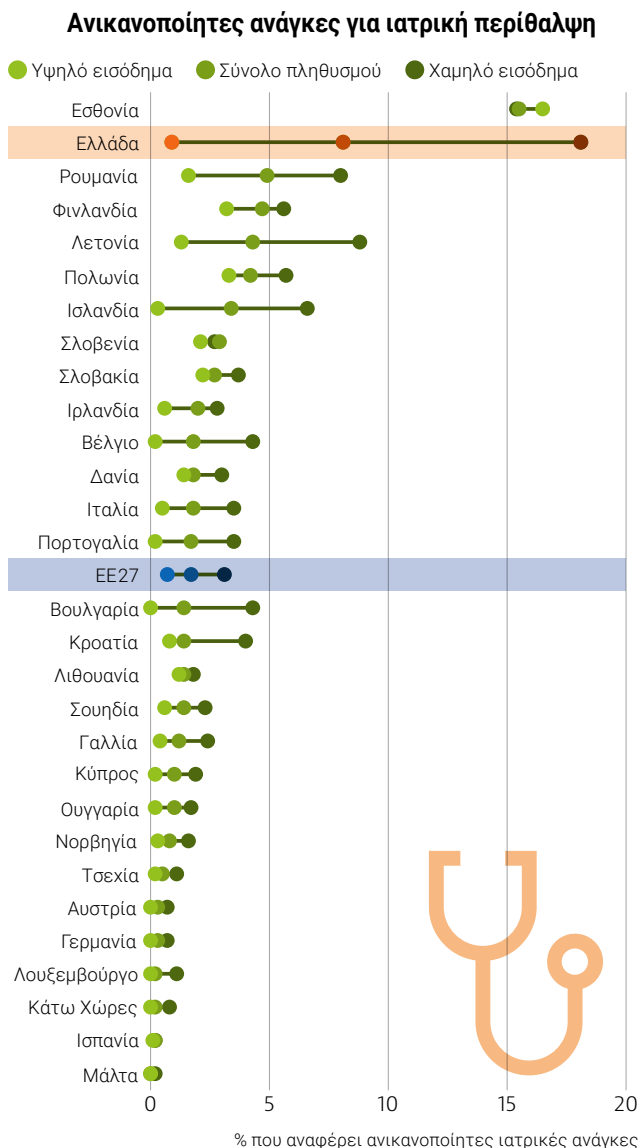
Κατά την τελευταία δεκαετία τα επίπεδα μη καλυπτόμενων αναγκών ιατρικής περίθαλψης που ανέφερε η Ελλάδα ήταν σταθερά υψηλότερα από τα αντίστοιχα επίπεδα του συνόλου της ΕΕ. Το 2019 η Ελλάδα κατέγραψε το δεύτερο υψηλότερο επίπεδο στην ΕΕ μετά την Εσθονία: το 8,1 % του ελληνικού πληθυσμού ανέφερε μη καλυπτόμενες ανάγκες λόγω κόστους, απόστασης που πρέπει να διανυθεί ή χρόνου αναμονής, σε σύγκριση με 1,7 % κατά μέσο όρο σε επίπεδο ΕΕ (σχήμα 11). Οι μη καλυπτόμενες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης έφτασαν στο υψηλότερο επίπεδό τους (13,1 %) το 2016 και κατόπιν μειώνονταν σταθερά κατά περίπου 15 % κάθε χρόνο. Ωστόσο, ακόμη και το 2019 η Ελλάδα εξακολουθούσε να παρουσιάζει μακράν τη μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ των χωρών της ΕΕ όσον αφορά τις μη καλυπτόμενες ανάγκες μεταξύ των εισοδηματικών ομάδων. Το ποσοστό για τα νοικοκυριά στο κατώτατο πεμπτημόριο εισοδήματος (18,1 %) ήταν 20 φορές υψηλότερο από το ποσοστό για τα νοικοκυριά στο ανώτατο πεμπτημόριο (0,9 %). Το κόστος ήταν ο κύριος παράγοντας των μη καλυπτόμενων αναγκών, όπως ανέφερε το 7,5 % όσων απάντησαν –το οποίο είναι το υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ (όπου ο μέσος όρος είναι 0,9 %).

Από έρευνα του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας (Eurofound), η οποία κάλυψε τους πρώτους 12 μήνες της πανδημίας COVID-19, διαπιστώθηκε ότι το 24 % των Ελλήνων που απάντησαν ανέφεραν μη καλυπτόμενες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης, έναντι 21 % σε ολόκληρη την ΕΕ (Eurofound, 2021)⁴. Αυτό οφείλεται πιθανόν σε παράγοντες όπως η αναβολή των μη βασικών υπηρεσιών από τους παρόχους και ο φόβος των ασθενών μήπως τους μεταδοθεί η νόσος COVID-19.



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

Σχήμα 11. Το χάσμα μεταξύ των εισοδηματικών ομάδων στην Ελλάδα όσον αφορά τις αναφερόμενες μη καλυπτόμενες ιατρικές ανάγκες είναι το μεγαλύτερο στην ΕΕ



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, βάση των στατιστικών της ΕΕ για το Εισόδημα και τις Συνθήκες Διαβίωσης (EU-SILC) (τα στοιχεία αφορούν το 2019, εκτός από την Ισλανδία για την οποία αφορούν το 2018).

Οι πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο μπορεί να αντιμετωπίσουν δυσκολίες όσον αφορά την πρόσβαση στην περίθαλψη

Στην Ελλάδα, η κάλυψη του πληθυσμού για χρηματοδοτούμενες από το δημόσιο υπηρεσίες είναι πλέον καθολική (βλ. ενότητα 4). 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. Ωστόσο, στην πράξη εξακολουθούν να υπάρχουν προβλήματα όσον αφορά την πρόσβαση στην περίθαλψη. Ειδικότερα, όσοι βρίσκονται σε κέντρα υποδοχής προσφύγων ή έχουν εγκλωβιστεί στα σύνορα της ΕΕ αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην εξασφάλιση ιατρικών ραντεβού και η κατάσταση αυτή επιδεινώθηκε κατά τη διάρκεια της έξαρσης της νόσου COVID-19. Η αναστολή χορήγησης αριθμών υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής ασφάλισης στους αιτούντες άσυλο κατά τη διάρκεια του Ιουλίου 2019 είχε επίσης ως αποτέλεσμα οι ενδιαφερόμενοι να μην έχουν πρόσβαση στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (European Public Health Alliance, 2020).

Οι δικαιούχοι δικαιούνται ολοκληρωμένη δέσμη υπηρεσιών περίθαλψης, αλλά εξακολουθούν να υπάρχουν κενά

Στο πλαίσιο της αντιμετώπισης της νόσου COVID-19, όλες οι σχετικές διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν. Η τυποποιημένη δέσμη παροχών των υπηρεσιών υγείας που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ ορίζεται ρητά στον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας. Ενώ το φάσμα παροχών είναι αρκετά ευρύ —περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, την πρόληψη νόσων και την προαγωγή της υγείας, την πρωτοβάθμια φροντίδα/εξωνοσοκομειακή υγειονομική περίθαλψη, τη νοσοκομειακή περίθαλψη και διαγνωστικές εξετάσεις και διαδικασίες— στην πράξη δεν είναι εύκολο να έχουν όλοι πρόσβαση σε κάποιες υπηρεσίες. Αυτό ισχύει για την οδοντιατρική περίθαλψη, όπου ακόμη και ο περιορισμένος αριθμός των αποζημιούμενων υπηρεσιών δεν είναι δυνατόν να παρασχεθεί, επειδή δεν υπάρχουν συμβάσεις μεταξύ του ασφαλιστικού ταμείου και ιδιωτών οδοντιάτρων. Τα κέντρα υγείας παρέχουν δωρεάν οδοντιατρικές υπηρεσίες για παιδιά έως 18 ετών και επείγουσα περίθαλψη για όλες τις ηλικίες, αλλά συχνά έχουν ελλείψεις σε προσωπικό και δυναμικότητα. Αυτό σημαίνει ότι δεν υπάρχει δημόσια κάλυψη για το σύνολο σχεδόν της οδοντιατρικής περίθαλψης και οι πολίτες πρέπει να καταβάλουν οι ίδιοι άμεσες πληρωμές. Στην Ελλάδα είναι επίσης σχετικά χαμηλή η δημόσια κάλυψη για φάρμακα και εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες (σχήμα 12).

Ένα άλλο πιθανό εμπόδιο στην πρόσβαση είναι τα μηνιαία όρια στον αριθμό των καλυπτόμενων από τον ΕΟΠΥΥ επισκέψεων ανά ιατρό, στον αριθμό παραπεμπτικών για διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις και στις συνταγογραφήσεις (όριο δαπάνης), τα οποία εφαρμόζονται από το 2012 (βλ. ενότητα 4). Παρότι οι περιορισμοί αυτοί μείωσαν τα περιθώρια υπερθεραπείας και αντιμετώπισαν το πρόβλημα της προκλητής ζήτησης, ενδέχεται παράλληλα να είχαν ως αποτέλεσμα σε ορισμένες περιπτώσεις οι ασθενείς είτε να καθυστερούν την αναζήτηση περίθαλψης, είτε να στρέφονται σε εναλλακτικό πάροχο είτε να πληρώνουν για μια επίσκεψη απευθείας με άμεση πληρωμή.

Σχήμα 12. Το δημόσιο μερίδιο της χρηματοδότησης στην Ελλάδα είναι χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ στους περισσότερους τομείς



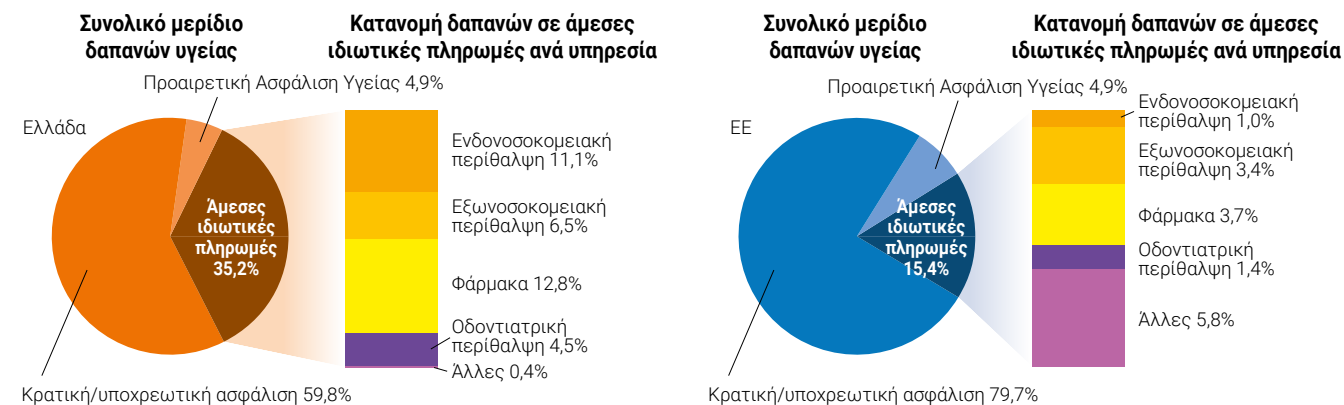
Σημείωση: Οι εξωνοσοκομειακές ιατρικές υπηρεσίες αναφέρονται κυρίως σε υπηρεσίες που παρέχονται από γενικούς και ειδικούς ιατρούς στον τομέα της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Τα φάρμακα περιλαμβάνουν συνταγογραφούμενα και μη συνταγογραφούμενα φάρμακα, καθώς και ιατρικά αναλώσιμα. Οι θεραπευτικές συσκευές αναφέρονται σε οπτικά είδη, βοηθήματα ακοής, αναπηρικά αμαξίδια και άλλα ιατροτεχνολογικά προϊόντα.
Πηγή: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την Υγεία 2021 (τα στοιχεία αφορούν το 2019 ή το πλησιέστερο έτος).

Τα φάρμακα και η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη αποτελούν βασικούς παράγοντες των άμεσων ιδιωτικών δαπανών

Το 2019 η Ελλάδα κατέγραψε το τρίτο υψηλότερο επίπεδο άμεσων ιδιωτικών πληρωμών ως ποσοστό των δαπανών για την υγεία στην ΕΕ (35 %), το οποίο ήταν πάνω από το διπλάσιο του μέσου όρου στο σύνολο της ΕΕ (15,4 %). Οι άμεσες ιδιωτικές δαπάνες για φάρμακα αντιστοιχούσαν στο 13 % του συνόλου των δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα, έναντι ποσοστού μόλις κάτω από 4 % στην ΕΕ, και αντιπροσωπεύουν πάνω από το ένα τρίτο (36 %) του συνόλου των άμεσων ιδιωτικών δαπανών. Οι πληρωμές των νοικοκυριών για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη αντιπροσωπεύουν επίσης αξιοσημείωτο μερίδιο των δαπανών για την υγεία, της τάξης του 11 % των συνολικών δαπανών για

την υγεία στην Ελλάδα, έναντι μόλις 1 % στην ΕΕ (σχήμα 13), το οποίο αντιστοιχεί σε ακόμη ένα τρίτο του συνόλου των άμεσων ιδιωτικών δαπανών. Το ποσό αυτό αντικατοπτρίζει κυρίως τις δαπάνες για νοσοκομειακές υπηρεσίες που παρέχονται από ιδιωτικούς φορείς, παρότι ορισμένα έμμεσα στοιχεία δείχνουν ότι άτυπες πληρωμές καταβάλλονται και σε δημόσια νοσοκομεία (Thomson, Cylus & Evetovits, 2019). Δεδομένης της έλλειψης δημόσιας κάλυψης, το σχετικά χαμηλό ποσοστό άμεσων ιδιωτικών πληρωμών για οδοντιατρικές υπηρεσίες μπορεί κάλλιστα να αντικατοπτρίζει έναν σημαντικό μερίδιο υπηρεσιών φροντίδας που παραμελήθηκαν: το 2019 η Ελλάδα κατέγραψε το τρίτο υψηλότερο ποσοστό μη καλυπτόμενων αναγκών οδοντιατρικής περίθαλψης στην ΕΕ (1 στα 12 άτομα), με ακόμη υψηλότερα επίπεδα (ένα στα έξι άτομα) μεταξύ των χαμηλότερων εισοδηματικών ομάδων.

Σχήμα 13. Οι άμεσες ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα είναι από τις υψηλότερες στην ΕΕ



Σημείωση: Ο μέσος όρος της ΕΕ είναι σταθμισμένος. Η προαιρετική ασφάλιση υγείας περιλαμβάνει και άλλα συστήματα προαιρετικής προκαταβολής εισφορών.

Πηγές: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την Υγεία 2021· βάση δεδομένων της Eurostat (τα στοιχεία αφορούν το 2019).

Οι άτυπες πληρωμές προς τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας εξακολουθούν να είναι διαδεδομένες

Εκτιμάται ότι οι άτυπες πληρωμές αντιπροσωπεύουν περίπου το ένα τέταρτο του συνόλου των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών, κάτι το οποίο υπονομεύει την ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες και την οικονομική προστασία. Από πρόσφατη έρευνα του Ευρωβαρόμετρου προέκυψε ότι το 14 % του πληθυσμού κατέβαλε άτυπη πληρωμή σε ιατρό, νοσηλευτή ή νοσοκομείο τον Δεκέμβριο

του 2019, ενώ το 81 % όσων απάντησαν πιστεύει ότι πρόκειται για ευρέως διαδεδομένη πρακτική στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (European Commission, 2020a).

Οι καταστροφικές δαπάνες για την υγεία είναι σχετικά υψηλές

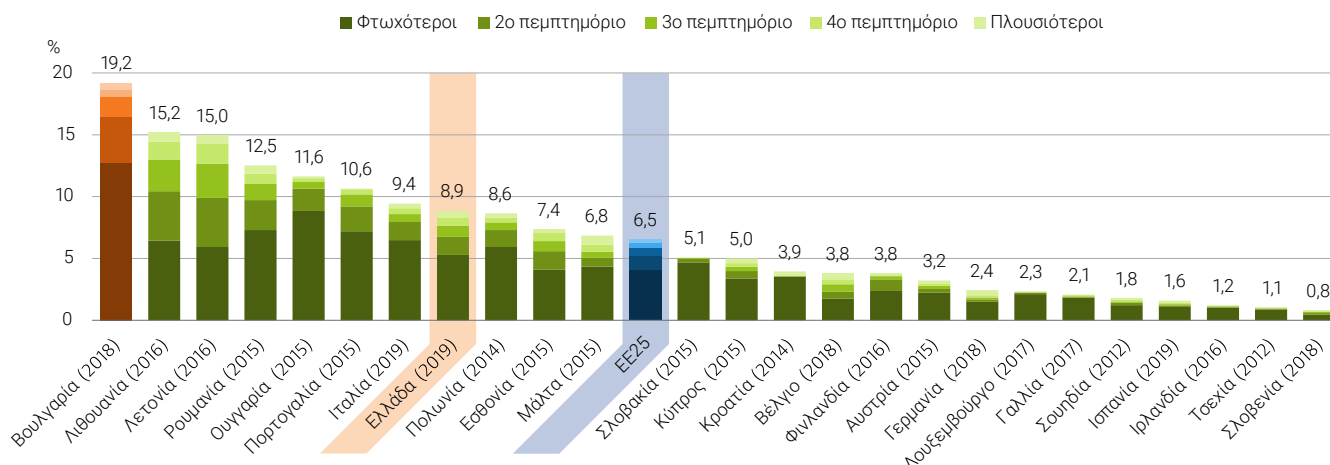
Η μεγάλη εξάρτηση από τις άμεσες ιδιωτικές πληρωμές για ιατρικές δαπάνες στην Ελλάδα σημαίνει ότι ένα μεγάλο ποσοστό των νοικοκυριών αντιμετωπίζει καταστροφικές δαπάνες για την υγεία⁵, οι οποίες αυξήθηκαν από 7 % το 2010 σε 8,9 % το 2019 – το

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

όγδοο υψηλότερο ποσοστό μεταξύ των χωρών της ΕΕ για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία (Σχήμα 14). Όπως και στις περισσότερες άλλες χώρες, πάνω από το ήμισυ του συνόλου των

καταστροφικών δαπανών στην Ελλάδα καταβάλλονται από το φτωχότερο 20% των νοικοκυριών.

Σχήμα 14. Τα Ελληνικά νοικοκυριά αντιμετωπίζουν υψηλά επίπεδα καταστροφικών δαπανών για την υγεία



Σημείωση: Ο μέσος όρος της ΕΕ δεν είναι σταθμισμένος. Πηγή: Δεδομένα Περιφερειακού Γραφείου του ΠΟΥ για την Ευρώπη, 2021.

Διάφορα μέτρα συμβάλλουν στις προσπάθειες για τη βελτίωση της οικονομικής προσιτότητας των φαρμάκων

Η πρόσβαση σε οικονομικά προσιτή φαρμακευτική περίθαλψη αποτελεί σημαντική προτεραιότητα πολιτικής για την Ελλάδα, δεδομένων ιδίως των υψηλών ποσοστών επιμερισμού της δαπάνης και των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών για την αγορά φαρμάκων. Εκτός από τις απαλλαγές συγκεκριμένων ομάδων (όπως άτομα με χαμηλό εισόδημα και άτομα με χρόνιες παθήσεις) από τον επιμερισμό του κόστους, άλλες πολιτικές επικεντρώθηκαν στη μείωση των τιμών και στη συγκράτηση του συνολικού κόστους των φαρμάκων, γεγονός που βελτίωσε την οικονομική προσιτότητα. Στα μέτρα αυτά περιλαμβάνεται η θέσπιση μηχανισμού αυτόματης επιστροφής (clawback) από τη φαρμακευτική βιομηχανία σε περίπτωση που οι δαπάνες υπερβούν τα προκαθορισμένα ανώτατα όρια⁶, μειώσεις της χονδρικής τιμής των φαρμάκων με βάση την τιμολόγηση αναφοράς, η υποχρεωτική συνταγογράφηση με τη διεθνή κοινόχρηστη ονομασία και η υποχρεωτική αντικατάσταση με γενόσημο από τους φαρμακοποιούς.

Η Ελλάδα είναι επίσης ιδρυτικό μέλος της Δήλωσης της Βαλέτας, μιας συμμαχίας 10 κρατών μελών της ΕΕ που έχει ως στόχο να διευκολύνει τις κοινές διαπραγματεύσεις με φαρμακευτικές εταιρείες όσον αφορά τις τιμές και την προμήθεια φαρμάκων. Η πρόσβαση σε καινοτόμα και οικονομικά προσιτά φάρμακα στην Ελλάδα θα υποστηριχθεί περαιτέρω από τη νέα φαρμακευτική στρατηγική της ΕΕ για την Ευρώπη, η οποία δίνει επίσης έμφαση στη δυνατότητα ενισχυμένης συνεργασίας μεταξύ των εθνικών αρχών για τις πολιτικές τιμολόγησης, πληρωμών και προμηθειών, με σκοπό τη βελτίωση της οικονομικής προσιτότητας και της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας των φαρμάκων (European Commission, 2020b).

Η τηλεσυμβουλευτική συμβάλλει στη διατήρηση της διαθεσιμότητας της περίθαλψης

Με τα πολλά νησιά και τις απομακρυσμένες περιοχές της, η Ελλάδα εφαρμόζει ένα πρόγραμμα ηλεκτρονικής υγείας (τηλεϊατρική). Το Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής (ΕΔΙΤ) περιλαμβάνει 43 μονάδες τηλεϊατρικής που συνδέουν 30 κέντρα υγείας στα νησιά του Αιγαίου με 12 νοσοκομεία στην περιφέρεια της πρωτεύουσας. Οι μονάδες αυτές είναι εξοπλισμένες με κάμερες και διαγνωστικά εργαλεία και προσφέρουν πρόσβαση σε ευρύ φάσμα ειδικών ιατρών. Επί του παρόντος σχεδιάζεται μια σημαντική εθνική επέκταση της ικανότητας του ΕΔΙΤ, με την προσθήκη 315 νέων σταθμών τηλεϊατρικής και 3 000 νέων σταθμών εργασίας για την κατ' οίκον φροντίδα ευάλωτων ατόμων, η οποία έχει ως στόχο να διευκολύνει περαιτέρω την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας σε απομακρυσμένες περιοχές και περιοχές που δεν καλύπτονται επαρκώς. Με την έλευση της πανδημίας COVID-19 έχει αναδειχθεί ακόμη περισσότερο η αξία της τηλεσυμβουλευτικής για τη διατήρηση της πρόσβασης στην περίθαλψη. Περίπου το 38 % του ελληνικού πληθυσμού ανέφερε ότι πραγματοποίησε ιατρικό ραντεβού μέσω διαδικτύου ή τηλεφώνου κατά τους πρώτους 12 μήνες της πανδημίας, ποσοστό το οποίο κυμαίνεται στο ίδιο επίπεδο με το σύνολο της ΕΕ (Eurofound, 2021).

5.3 Ανθεκτικότητα

Η παρούσα ενότητα σχετικά με την ανθεκτικότητα επικεντρώνεται στις επιπτώσεις της πανδημίας COVID-19 και στην αντιμετώπισή της⁷. Όπως επισημαίνεται στην ενότητα 2, η πανδημία COVID-19 είχε σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία και τη θνησιμότητα του πληθυσμού στην Ελλάδα. Μεταξύ Ιανουαρίου 2020 και τέλους Αυγούστου 2021 καταγράφηκαν περισσότεροι από 13 600 θάνατοι λόγω της νόσου COVID-19. Τα μέτρα που ελήφθησαν για την ανάσχεση της πανδημίας είχαν επίσης μεγάλο αντίκτυπο στην οικονομία, καθώς το ΑΕΠ της Ελλάδας μειώθηκε κατά 8 % το 2020, έναντι πτώσης του ΑΕΠ στην ΕΕ της τάξης του 6,2 % κατά μέσο όρο.

6. Το μέτρο αυτό ελέγχει τον διαθέσιμο προϋπολογισμό και παρέχει στον ΕΟΠΥΥ τη δυνατότητα να αγοράζει και να αποζημιώνει τις υπηρεσίες υγείας και τα φάρμακα που χρειάζεται ο πληθυσμός.

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

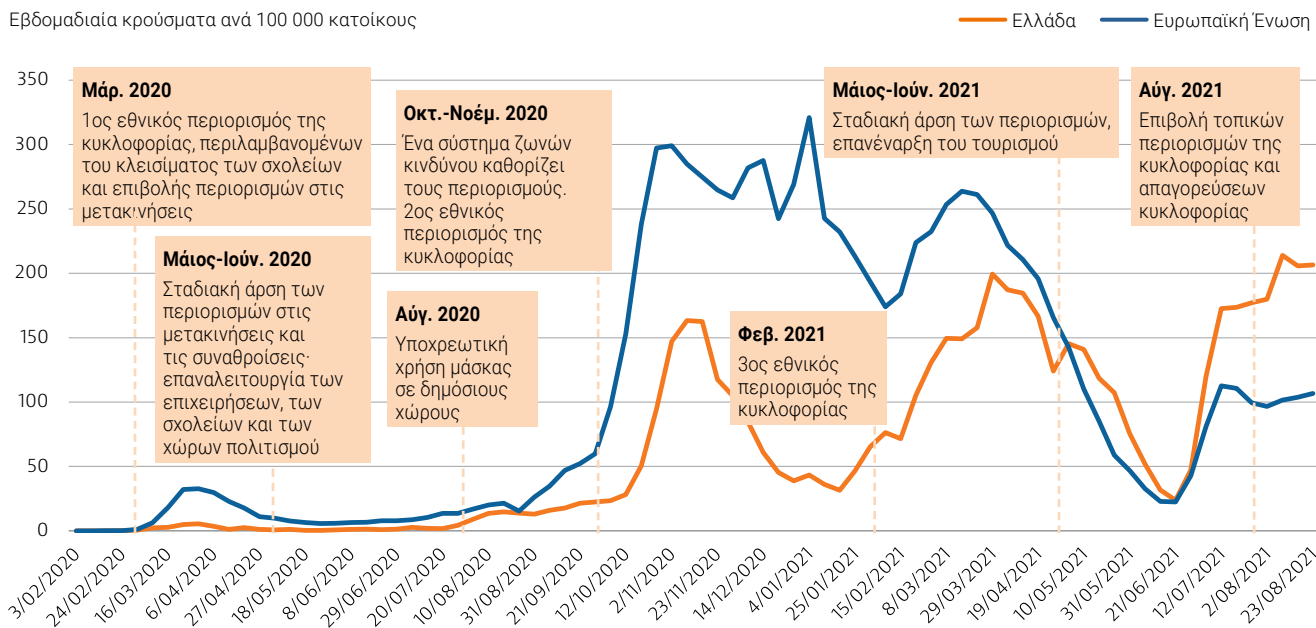
Η Ελλάδα εφάρμοσε αυστηρά μέτρα περιορισμού της εξάπλωσης μόλις εντοπίστηκαν τα πρώτα κρούσματα

Η Ελλάδα προχώρησε με πολύ ταχείς ρυθμούς στην εφαρμογή μέτρων μετριασμού της νόσου κατά την έναρξη της πανδημίας. Την επομένη της επιβεβαίωσης των πρώτων κρουσμάτων COVID-19 στα τέλη Φεβρουαρίου 2020 ακυρώθηκαν όλες οι μεγάλες εκδηλώσεις σε ολόκληρη τη χώρα. Παρότι ο αριθμός των κρουσμάτων ήταν χαμηλός, εντός ενός μήνα η κυβέρνηση θέσπισε πλήρη περιορισμό της κυκλοφορίας ο οποίος περιλάμβανε το κλείσιμο εκπαιδευτικών δομών, καταστημάτων λιανικής πώλησης, εστιατορίων και καφετεριών, χώρων πολιτιστικών και ψυχαγωγικών εκδηλώσεων, καθώς και την αναστολή θρησκευτικών τελετών και αυστηρούς περιορισμούς στις εσωτερικές μετακινήσεις. Για να διευκολυνθεί η τήρηση των εντολών για παραμονή στο σπίτι, ήταν δυνατή η λήψη ψηφιακής άδειας κατ' εξαίρεση μετακίνησης μέσω γραπτού μηνύματος. Εφαρμόστηκαν επίσης περιορισμοί σε κέντρα υποδοχής μεταναστών, όπου επιβλήθηκαν απαγορεύσεις επισκέψεων και συναθροίσεων και εστάλησαν πρόσθετες ιατρικές ομάδες για τη στελέχωση των χώρων απομόνωσης των ασθενών. Επιπλέον, έξω από τα κέντρα υποδοχής στα νησιά της Περιφέρειας Βορείου Αιγαίου δημιουργήθηκαν υγειονομικές εγκαταστάσεις για τη διατήρηση της πρόσβασης των αιτούντων άσυλο στην υγειονομική περίθαλψη κατά τη διάρκεια της επιδημικής έξαρσης (Kousi, Mitsi & Simos, 2021).

Η χαλάρωση των μέτρων στην Ελλάδα ήταν σταδιακή και στοχευμένη και βασιζόταν σε επιδημιολογικές αξιολογήσεις. Μεταξύ των αρχών Μαΐου και του τέλους Ιουνίου του 2020, όλες οι επιχειρήσεις και οι δημόσιοι οργανισμοί τέθηκαν ξανά σε λειτουργία με κανόνες για την υποχρεωτική χρήση μάσκας και την τήρηση φυσικής απόστασης. Τον Οκτώβριο του 2020 η κυβέρνηση δρομολόγησε ένα νέο σχέδιο εκτίμησης κινδύνου, στο πλαίσιο του οποίου κάθε εβδομάδα οι περιφερειακές ενότητες κατατάσσονταν σε κάποιο επίπεδο κινδύνου με βάση τον αριθμό των νέων ημερήσιων κρουσμάτων ανά 100 000 κατοίκους. Τα στοιχεία αυτά επικαιροποιούνταν τακτικά για την αντιμετώπιση της μεταβαλλόμενης επιδημιολογικής κατάστασης. Ωστόσο, δεδομένης της απότομης αύξησης του αριθμού των κρουσμάτων, αποδείχθηκε αναπόφευκτη η επιβολή δεύτερου πανεθνικού περιορισμού της κυκλοφορίας διάρκειας ενός μήνα τον Νοέμβριο, ο οποίος συνοδεύτηκε από μία ακόμη δέσμη αυστηρών μέτρων ανάσχεσης κατά τη διάρκεια ενός τρίτου περιορισμού της κυκλοφορίας τον Φεβρουάριο του 2021 (σχήμα 15). Τον Μάιο του 2021 ξεκίνησε η άρση πολλών περιορισμών και η Ελλάδα άνοιξε τα σύνορά της στους τουρίστες για τη θερινή περίοδο διακοπών. Οι απαιτήσεις ασφάλειας περιλάμβαναν την υποχρεωτική διενέργεια εργαστηριακού ελέγχου για τη νόσο COVID-19 ή απόδειξη εμβολιασμού πριν από την άφιξη. Εξακολούθησαν να εφαρμόζονται κανόνες σε εθνικό επίπεδο, όπως η χρήση μάσκας σε κλειστούς δημόσιους χώρους και σε πολυσύχναστους υπαίθριους χώρους, ενώ περιοχές με υψηλότερο επιπολασμό της νόσου COVID-19 υπάγονταν σε τοπικούς κανόνες και αυστηρότερους περιορισμούς, όπως η απαγόρευση κυκλοφορίας.

Σχήμα 15. Η εξάπλωση της νόσου COVID-19 στην Ελλάδα ελέγχθηκε μέσω αυστηρών περιορισμών της κυκλοφορίας

Εβδομαδιαία κρούσματα ανά 100 000 κατοίκους



Σημείωση: Ο μέσος όρος της ΕΕ δεν είναι σταθμισμένος (ο αριθμός των χωρών που συμπεριλήφθηκαν στον μέσο όρο ποικίλλει ανάλογα με την εβδομάδα). Ο αριθμός των κρουσμάτων COVID-19 στις χώρες της ΕΕ υποεκτιμήθηκε κατά τη διάρκεια του πρώτου κύματος την άνοιξη του 2020, λόγω των πιο περιορισμένων διαγνωστικών ελέγχων.

Πηγές: ECDC για τα κρούσματα COVID-19 και συντάκτες του παρόντος κειμένου για τα μέτρα ανάσχεσης.

Παρά τους περιορισμούς στην ικανότητα του συστήματος δημόσιας υγείας, η Ελλάδα θέσπισε με ταχείς ρυθμούς κατευθυντήριες οδηγίες επιτήρησης

Με βάση το πλαίσιο του Διεθνούς Υγειονομικού Κανονισμού (ΔΥΚ)⁸, πριν από την πανδημία η Ελλάδα ανέφερε χαμηλότερες του μέσου όρου βαθμολογίες για τους περισσότερους από τους κύριους δείκτες των ικανοτήτων ετοιμότητας για την αντιμετώπιση κρίσεων στον τομέα της δημόσιας υγείας, συμπεριλαμβανομένων προβλημάτων όσον αφορά την κοινοποίηση κινδύνων, τον συντονισμό στο πλαίσιο του ΔΥΚ, τα σημεία εισόδου και το εθνικό πλαίσιο κατάστασης έκτακτης ανάγκης για υγειονομικούς λόγους (σχήμα 16). Οι βαθμολογίες αυτές αντικατοπτρίζουν τις γενικές ελλείψεις όσον αφορά τις επενδύσεις και τους περιορισμούς ως προς την ικανότητα των υποδομών δημόσιας υγείας της χώρας. Παρ' όλα αυτά, η Ελλάδα μπόρεσε να ενεργοποιήσει το υφιστάμενο εθνικό σχέδιο δράσης για την αντιμετώπιση της πανδημίας γρίπης. Επιπλέον, με βάση την εμπειρία της χώρας από την αντιμετώπιση της νόσου COVID-19, αναπτύσσονται ένα νέο σχέδιο για την πανδημία και ένα εθνικό πλαίσιο έκτακτης ανάγκης στον τομέα της υγείας: σε αυτά περιλαμβάνονται πρωτόκολλα επιδημιολογικής επιτήρησης, η χρήση αντιικών φαρμάκων για πρόληψη και θεραπεία, η χρήση εμβολίων για την πρόληψη λοίμωξης και μια σειρά μέτρων μετριασμού για την προστασία του πληθυσμού και τη διατήρηση της οικονομικής δραστηριότητας.

Η χώρα εφάρμοσε με ταχείς ρυθμούς διάφορα προληπτικά μέτρα και έλαβε μέτρα για τον εντοπισμό κρουσμάτων με βάση τις συστάσεις του ECDC, την ιχνηλάτηση επαφών και την επιβολή καραντίνας για επιβεβαιωμένα κρούσματα. Η κυβέρνηση ξεκίνησε επίσης μια εκτεταμένη στρατηγική ενημέρωσης σχετικά με τη νόσο COVID-19: οι πρωτοβουλίες περιλάμβαναν μια επίσημη πύλη για τη νόσο COVID-19 (covid19.gov.gr) στην οποία δημοσιεύονται ημερήσια αναλυτικά δεδομένα και περιφερειακές επιδημιολογικές αξιολογήσεις, τηλεοπτικές και ραδιοφωνικές διαφημίσεις, καθώς και την εκστρατεία «Μένουμε σπίτι» στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης με σκοπό την προσέλκυση δημόσιας υποστήριξης των προληπτικών μέτρων.

Οι εργαστηριακές ικανότητες επεκτάθηκαν σταδιακά για να υποστηρίξουν τη δραστηριότητα διαγνωστικών ελέγχων

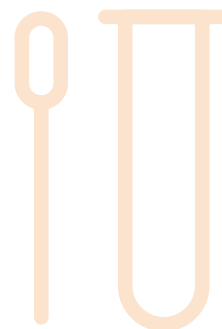
Από τις αρχές της πανδημίας η Ελλάδα θέσπισε πρωτόκολλο ενεργητικής ιχνηλάτησης επαφών, το οποίο απαιτούσε την εκτεταμένη διενέργεια διαγνωστικών ελέγχων. Ωστόσο, η υφιστάμενη υποδομή επτά εργαστηρίων αναφοράς για τη νόσο COVID-19 είχε την ικανότητα να διενεργεί μόνο 800 δοκιμασίες RT-PCR για τη νόσο COVID-19 ανά ημέρα. Αυτές αρχικά χρησιμοποιήθηκαν μόνο σε ύποπτα κρούσματα για διαγνωστικούς σκοπούς. Κατά συνέπεια, τα ποσοστά θετικότητας ήταν υψηλά (σχήμα 17). Η δημιουργία νέων σημείων διαγνωστικού ελέγχου και μιας οικονομικά αποδοτικής αλυσίδας εφοδιασμού αντιδραστηρίων κατέστησε δυνατή τη σταδιακή επέκταση των δραστηριοτήτων εργαστηριακού ελέγχου, παρότι ο όγκος των ελέγχων παρέμεινε γενικά κάτω από τον μέσο όρο του συνόλου της ΕΕ, ακόμη και κατά τη διάρκεια του δεύτερου και τρίτου κύματος στην Ελλάδα στο τέλος του 2020 και την άνοιξη του 2021. Παράλληλα, η ικανότητα των δημόσιων εργαστηρίων αυξήθηκε σταδιακά και έως τον Σεπτέμβριο του 2020 οι δομές αυτές επεξεργάζονταν 14 000 δείγματα ημερησίως, τα οποία αυξήθηκαν

σε 50 000 δείγματα τον Φεβρουάριο του 2021. Συμπληρωματικά προς τις δοκιμασίες PCR, εστάλησαν κινητές ομάδες υγείας στις περιοχές με τον μεγαλύτερο αριθμό κρουσμάτων για τη διενέργεια πρόσθετων ταχείων δοκιμασιών αντιγόνων του ιού SARS-COV-2. Η Ελλάδα ήταν η πρώτη ευρωπαϊκή χώρα που ανέπτυξε μαζικό ταχύ προσυμπτωματικό έλεγχο με τη χρήση δοκιμασιών αντιγόνων. Ο έλεγχος διεξάγεται σε εκτεταμένο επίπεδο στα σημεία εισόδου της χώρας, σε κέντρα υποδοχής προσφύγων, σε φυλακές και σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων. Επιπλέον, οι δοκιμασίες αντιγόνων χρησιμοποιούνται τακτικά για το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης και στο πλαίσιο της προεγχειρητικής νοσοκομειακής αξιολόγησης ασθενών, ενώ οι επιχειρήσεις με περισσότερους από 20 υπαλλήλους παροτρύνονται να υποβάλλουν αίτημα στο κράτος για δωρεάν κιτ ταχείας δοκιμασίας, ώστε οι υπάλληλοι να υποβάλλονται σε έλεγχο δύο φορές τον μήνα.

Σχήμα 16. Πριν από την πανδημία, η βαθμολογία της Ελλάδας ήταν κάτω από τον μέσο όρο όσον αφορά πολλές διαστάσεις του Διεθνούς Υγειονομικού Κανονισμού

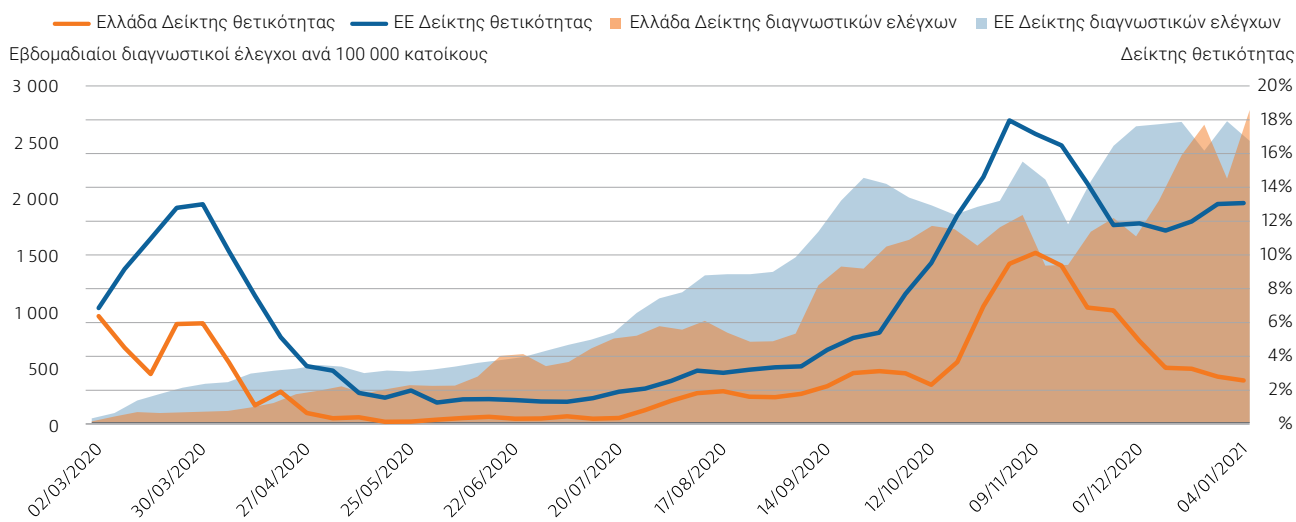


Σημείωση: Ο μέσος όρος της ΕΕ δεν είναι σταθμισμένος.
Πηγή: WHO IHR (τα στοιχεία αφορούν το 2019).



8. Από το 2005 ο ΔΥΚ παρέχει ένα γενικό νομικό πλαίσιο που καθορίζει τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των χωρών όσον αφορά την αντιμετώπιση συμβάντων και καταστάσεων έκτακτης ανάγκης στον τομέα της δημόσιας υγείας. Στο πλαίσιο του ΔΥΚ, όλα τα κράτη μέλη οφείλουν να αναπτύξουν ικανότητες στον τομέα της δημόσιας υγείας για την πρόληψη, τον εντοπισμό, την αξιολόγηση, την κοινοποίηση και την αντιμετώπιση κινδύνων για τη δημόσια υγεία. Η διαδικασία παρακολούθησης της κατάστασης εφαρμογής του ΔΥΚ περιλαμβάνει την αξιολόγηση, μέσω ερωτηματολογίου αυτοαξιολόγησης, 13 βασικών ικανοτήτων.

Σχήμα 17. Η Ελλάδα αύξησε τους διαγνωστικούς ελέγχους για τη νόσο COVID-19 κατά τη διάρκεια της πανδημίας



Σημείωση: Ο μέσος όρος της ΕΕ είναι σταθμισμένος (ο αριθμός των χωρών που χρησιμοποιήθηκαν για τον μέσο όρο ποικίλλει ανάλογα με την εβδομάδα). Πηγή: ECDC.

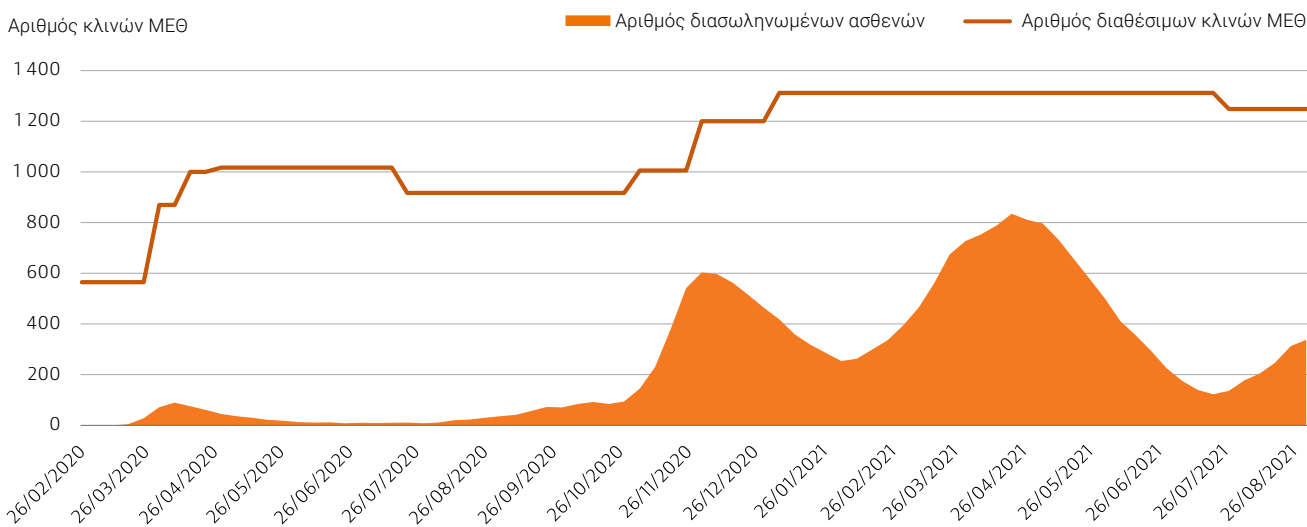
Οι κλίνες των δημόσιων νοσοκομείων και των μονάδων εντατικής θεραπείας αυξήθηκαν χάρη σε απόθεμα από τον ιδιωτικό τομέα

Κατά την έναρξη της πανδημίας COVID-19, η δυναμικότητα των ελληνικών νοσοκομείων σε κλίνες και ΜΕΘ ήταν περιορισμένη, με 420 νοσοκομειακές κλίνες και 5,3 κλίνες ΜΕΘ ανά 100 000 κατοίκους το 2018. Η αναβάθμιση πρόσθετων δομών ενδονοσοκομειακής περίθαλψης για τη φροντίδα των ασθενών με COVID-19 που χρήζουν νοσηλείας επιτεύχθηκε με διάφορα μέσα. Εξασφαλίστηκαν κλίνες οξείας νοσηλείας εντός των δημόσιων νοσοκομείων και πολλές πτέρυγες σε ιδιωτικές κλινικές μετατράπηκαν σε κλινικές COVID-19, ενώ κινητοποιήθηκαν επίσης μονάδες σε στρατιωτικά νοσοκομεία για τη φροντίδα ασθενών με COVID-19. Η ικανότητα κινητοποίησης κλινών ΜΕΘ στη φάση κορύφωσης των αναγκών επιτεύχθηκε σε τρία στάδια κατά τη διάρκεια του πρώτου κύματος. Περιλάμβανε τη μετατροπή και την αναδιάρθρωση των υφιστάμενων κλινών (όπως τη μετατροπή σε ΜΕΘ μονάδων αυξημένης φροντίδας και θαλάμων αρνητικής πίεσης που διέθεταν την αναγκαία

υποδομή μηχανικού αερισμού) και τη δημιουργία νέων κλινών και πτερυγών ΜΕΘ, ως επί το πλείστον εντός των δημόσιων νοσοκομείων.

Οι προμήθειες κλινών διαμορφώθηκαν ανάλογα με τις ανάγκες, αλλά μετά τη δεύτερη έξαρση κρουσμάτων τον Νοέμβριο του 2020, η κυβέρνηση στράφηκε στον ιδιωτικό τομέα, μέσω συμπράξεων δημόσιου-ιδιωτικού τομέα για την αγορά υπηρεσιών ΜΕΘ και της προσωρινής επίταξης κλινών σε ιδιωτικά νοσοκομεία στις λίγες περιπτώσεις όπου η ζήτηση υπερέβη την προσφορά (για παράδειγμα στη Θεσσαλονίκη). Ως αποτέλεσμα των παραπάνω, ο αριθμός των διαθέσιμων κλινών ΜΕΘ στην Ελλάδα διπλασιάστηκε κατά τις περιόδους κορύφωσης των αναγκών, χωρίς να καλυφθούν πλήρως σε εθνικό επίπεδο οι διαθέσιμες κλίνες ΜΕΘ (σχήμα 18). Παρ' όλα αυτά, η ανομοιογενής ζήτηση για κλίνες ΜΕΘ άσκησε σοβαρή πίεση στα νοσοκομεία στο βόρειο τμήμα της χώρας: τον Νοέμβριο του 2020 για πρώτη φορά ασθενείς από τη βόρεια Ελλάδα χρειάστηκε να μεταφερθούν με αεροδιακομιδή στην Αθήνα.

Σχήμα 18. Η κινητοποίηση πρόσθετων κλινών εντατικής θεραπείας ήταν ζωτικής σημασίας, καθώς η ζήτηση κορυφώθηκε



Πηγή: Κυβέρνηση της Ελλάδας, 2021, COVID-19 Health System Response Monitor, 2021.

Χρησιμοποιήθηκε μεγάλο φάσμα μηχανισμών προσλήψεων για την ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού στα δημόσια νοσοκομεία

Η Ελλάδα εφάρμοσε στρατηγικές για την ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας (σχήμα 19). Οι προγραμματισμένες άδειες ή οι προγραμματισμένες συνταξιοδοτήσεις του υφιστάμενου προσωπικού αναστάλησαν, κινητοποιήθηκαν συνταξιούχοι ή μη ενεργοί επαγγελματίες του τομέα της υγείας, ώστε να επανενταχθούν στο ανθρώπινο δυναμικό και στους επαγγελματίες του τομέα της υγείας που εργάζονται στον

ιδιωτικό τομέα προσφέρθηκαν συμβάσεις εργασίας ορισμένου χρόνου στα δημόσια νοσοκομεία, με πρόσθετα κίνητρα για την προσέλκυση υποψηφίων σε κενές θέσεις. Παράλληλα με μια μαζική διαδικασία νέων προσλήψεων, τα μέτρα αυτά πρόσθεσαν στο σύστημα υγείας περίπου 7 500 νέους υπαλλήλους (ειδικούς ιατρούς συγκεκριμένα στον τομέα της εντατικής θεραπείας, νοσηλευτικό, παραϊατρικό και λοιπό προσωπικό) μεταξύ του Μαρτίου του 2020 και του Φεβρουαρίου του 2021. Επιπλέον, από τον Μάρτιο του 2020 περισσότεροι από 10 000 εθελοντές επαγγελματίες του τομέα της υγείας έχουν υποβάλει αίτηση μέσω ψηφιακής πλατφόρμας για την παροχή κλινικής, τεχνικής ή διοικητικής υποστήριξης για την αντιμετώπιση της πανδημίας.

Σχήμα 19. Η Ελλάδα εφάρμοσε πολύπλευρες στρατηγικές για την αύξηση του ανθρώπινου δυναμικού της στον τομέα της υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας



Πηγή: COVID-19 Health System Response Monitor.

Αναπτύχθηκαν κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για τη διαχείριση κρουσμάτων COVID-19

Η Ελλάδα βρίσκεται επί του παρόντος σε στάδιο μεταρρύθμισης και ανάπτυξης του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας (βλ. ενότητα 4). Κατά τη διάρκεια της κρίσης λόγω της νόσου COVID-19, ενισχύθηκε και διευρύνθηκε ο ρόλος των δημόσιων κέντρων υγείας. Σε ορισμένα κέντρα ανατέθηκε αποκλειστικά ο εντοπισμός και η διαχείριση κρουσμάτων COVID-19. Άλλα μετατράπηκαν σε δομές για την παροχή φροντίδας σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, τη διαχείριση οξέων περιστατικών και την επικοινωνία με ασθενείς σε καραντίνα ή σε απομόνωση κατ' οίκον. Τον Απρίλιο του 2020 ιδρύθηκε ένα δίκτυο τηλεσυμβουλευτικής για ασθενείς με COVID-19 το οποίο λειτουργεί μέσω των κέντρων υγείας και έως την άνοιξη του 2021 είχε τεθεί σε πλήρη λειτουργία ένα ηλεκτρονικό μητρώο για την παρακολούθηση των ασθενών στους οποίους είχε διαγνωστεί η νόσος COVID-19 και τη διασφάλιση της επακόλουθης περίθαλψής τους.

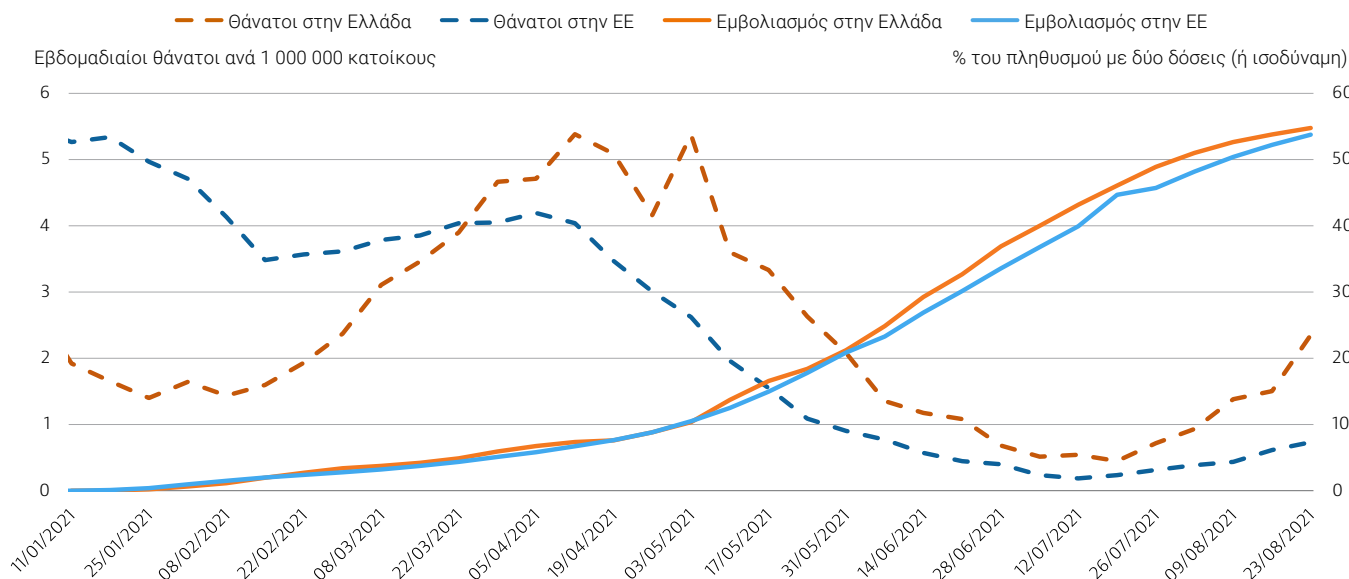
Η εκστρατεία εμβολιασμού στην Ελλάδα έχει στοχεύσει σε βασικές ομάδες και έχει προσφέρει κίνητρα

Η εκστρατεία εμβολιασμού στην Ελλάδα είχε επιταχυνθεί έως τα μέσα Φεβρουαρίου του 2021. Μέχρι τότε, περίπου το 4 % του πληθυσμού της χώρας είχε λάβει την πρώτη δόση εμβολίου COVID-19, με την πραγματοποίηση 21 000 εμβολιασμών την ημέρα κατά μέσο όρο. Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας, οι φιλοξενούμενοι και το προσωπικό σε δομές μακροχρόνιας φροντίδας, καθώς και κυβερνητικά στελέχη εμβολιάστηκαν κατά τα πρώτα στάδια της εκστρατείας εμβολιασμού, ενώ από τον Ιούνιο τα εμβόλια άρχισαν σταδιακά να διατίθενται σε ολόκληρο

τον πληθυσμό. Το εμβόλιο κατά της νόσου COVID-19 παρέχεται δωρεάν σε όλους. Οι πολίτες μπορούν να εγγραφούν μέσω διαδικτύου, να λάβουν επιβεβαίωση του ραντεβού που έχουν κλείσει με γραπτό μήνυμα και να λάβουν ψηφιακό πιστοποιητικό εμβολιασμού.

Οι στρατηγικές για την αύξηση των ποσοστών εμβολιασμού σε βασικές ή ευάλωτες ομάδες περιλαμβάνουν πρόγραμμα κατ' οίκον εμβολιασμού για ηλικιωμένους ασθενείς που δεν μπορούν να προσέλθουν σε κέντρα εμβολιασμού, την ανάπτυξη εμβολιασμών για πρόσφυγες που ζουν σε κέντρα υποδοχής στα νησιά της Λέσβου, της Χίου και της Σάμου, προσέγγιση των κατοίκων των νησιών που δραστηριοποιούνται σε μεγάλο βαθμό στην τουριστική βιομηχανία και προσφορά σε νεαρούς ενήλικες ηλικίας κάτω των 26 ετών μιας χρεωστικής κάρτας αξίας 150 ευρώ προκειμένου να εμβολιαστούν. Ο εμβολιασμός κατέστη υποχρεωτικός για το υγειονομικό προσωπικό σε οίκους ευγηρίας τον Ιούλιο του 2021 και για άλλους επαγγελματίες του τομέα της υγείας από τον Σεπτέμβριο του 2021. Επίσης, από τον Σεπτέμβριο του 2021 οι πολίτες καλούνται να επιδείξουν αποδεικτικά στοιχεία εμβολιασμού (ή αρνητικό αποτέλεσμα διαγνωστικού ελέγχου για τη νόσο COVID-19) προκειμένου να εισέλθουν σε καταστήματα όπου γίνεται κατανάλωση τροφίμων και ποτών, καθώς και σε κέντρα διασκέδασης και χώρους αθλητικών εκδηλώσεων. Έως το τέλος Αυγούστου του 2021 το 58 % του πληθυσμού είχε λάβει τουλάχιστον μία δόση εμβολίου, ενώ δύο δόσεις είχε λάβει το 55 % –ποσοστό το οποίο είναι ελαφρώς μεγαλύτερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (σχήμα 20).

Σχήμα 20. Μετά από ένα αργό ξεκίνημα, ο εμβολιασμός κατά της νόσου COVID-19 επιταχύνθηκε στην Ελλάδα



Σημείωση: Ο μέσος όρος της ΕΕ δεν είναι σταθμισμένος (ο αριθμός των χωρών που χρησιμοποιήθηκαν για τον μέσο όρο ποικίλλει ανάλογα με την εβδομάδα).

Πηγή: ECDC για τη θνησιμότητα λόγω της νόσου COVID-19 και Our World In Data για τα ποσοστά εμβολιασμού.

Η ανάπτυξη ψηφιακών υπηρεσιών υγείας αποτελεί κορυφαία προτεραιότητα της ατζέντας πολιτικής

Παρά την πρόοδο που σημειώθηκε την τελευταία δεκαετία, συμπεριλαμβανομένης της επιτυχούς εφαρμογής ενός συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε εθνικό επίπεδο, οι πληροφορίες για την υγεία και η ψηφιοποίηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα συγκαταλέγονται μεταξύ των λιγότερο ανεπτυγμένων στις χώρες της ΕΕ (European Commission, 2020c). Αναγνωρίζοντας τις πολύπλευρες προκλήσεις, η κυβέρνηση δρομολόγησε μια πολιτική ψηφιακού μετασχηματισμού για τον δημόσιο τομέα στο σύνολό του, στο πλαίσιο της οποίας οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν βασικό τομέα στοχευμένων επενδύσεων. Δημιουργήθηκε νέο Υπουργείο Ψηφιακής Διακυβέρνησης, το οποίο θα συντονίζει τα κυβερνητικά μέτρα και θα υλοποιεί σημαντικά προγράμματα τεχνολογίας πληροφοριών. Το υπουργείο εγκαινίασε μια νέα κυβερνητική πύλη, η οποία παρέχει περισσότερες από 500 δημόσιες ηλεκτρονικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων πλατφορμών για την πρόσβαση σε ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία, το κλείσιμο ηλεκτρονικών ραντεβού και την εγγραφή σε οικογενειακό γιατρό. Στήριξη για τις εθνικές στρατηγικές ψηφιοποίησης θα είναι επίσης διαθέσιμη μέσω του ευρωπαϊκού χώρου δεδομένων (European Commission, 2021b), ο οποίος δημιουργήθηκε πρόσφατα και έχει σχεδιαστεί για να προωθήσει την καλύτερη ανταλλαγή και πρόσβαση σε διάφορους τύπους δεδομένων υγείας (ηλεκτρονικά μητρώα υγείας, δεδομένα γονιδιωματικής, δεδομένα από μητρώα ασθενών) και για να υποστηρίξει την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και την έρευνα και τη χάραξη πολιτικής στον τομέα της υγείας.

Η Ελλάδα έδωσε έμφαση στις επενδύσεις στον τομέα της υγείας μέσω του Μηχανισμού Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας της ΕΕ

Στο πλαίσιο του Εθνικού Σχεδίου Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας ύψους 30,5 δισ. ευρώ, η Ελλάδα συμπεριέλαβε σειρά επενδύσεων για την αντιμετώπιση των μακροπρόθεσμων προβλημάτων του συστήματος υγείας τα οποία επιδεινώθηκαν λόγω της πανδημίας. Έχουν δεσμευτεί συνολικά 1,5 δισ. ευρώ για τη βελτίωση της ανθεκτικότητας, της προσβασιμότητας και της βιωσιμότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Οι δαπάνες θα καλύπτουν μεταξύ άλλων οργανωτικές μεταρρυθμίσεις, επενδύσεις σε υποδομές στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη (189 εκατ. ευρώ), υποστηριζόμενες από μέτρα για την αύξηση του δυναμικού των γενικών ιατρών, την ανακαίνιση και αναβάθμιση των δημόσιων νοσοκομείων (317 εκατ. ευρώ), τον ψηφιακό μετασχηματισμό των υπηρεσιών υγείας (278 εκατ. ευρώ) και τη χρηματοδότηση της εθνικής στρατηγικής πρόληψης στον τομέα της δημόσιας υγείας (254 εκατ. ευρώ), η οποία περιλαμβάνει επίσης εθνικά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου και τη βελτίωση της παρηγορητικής και ανακουφιστικής φροντίδας για τους καρκινοπαθείς (βλ. ενότητα 5.1).



6 Βασικές διαπιστώσεις

- Το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα παραμένει υψηλότερο από ό,τι στο σύνολο της ΕΕ, αλλά το 2020 κατέγραψε μείωση της τάξης των έξι μηνών λόγω των επιπτώσεων της νόσου COVID-19. Η ισχαιμική καρδιοπάθεια και το εγκεφαλικό επεισόδιο εξακολουθούν να αποτελούν τις κύριες αιτίες θανάτου, ενώ ο καρκίνος του πνεύμονα παραμένει η συχνότερη αιτία θανάτου από καρκίνο. Μολονότι η Ελλάδα επλήγη λιγότερο από την πανδημία COVID-19 σε σύγκριση με πολλές άλλες ευρωπαϊκές χώρες, η νόσος ευθύνεται για 1 στους 25 θανάτους το 2020.
- Δύο στους πέντε θανάτους το 2019 θα μπορούσαν να αποδοθούν σε συμπεριφορικούς παράγοντες κινδύνου —συγκεκριμένα στο κάπνισμα και σε παράγοντες που σχετίζονται με τη διατροφή. Πλέον εφαρμόζεται ειδική εθνική στρατηγική για την κάλυψη των μέχρι πρότινος παραμελημένων τομέων της πρόληψης και της προαγωγής της υγείας. Η κυβέρνηση έχει δρομολογήσει διάφορες πρωτοβουλίες για την αντιμετώπιση του καπνίσματος, δεδομένου ότι ο καρκίνος του πνεύμονα ευθύνεται για σημαντικό μερίδιο των αποτρέψιμων θανάτων. Η νέα εθνική στρατηγική που αναπτύσσεται για τον έλεγχο του καρκίνου του πνεύμονα, αποσκοπεί στη βελτίωση της πρόληψης, καθώς και της έγκαιρης διάγνωσης και της διαχείρισης της νόσου. Η πληροφόρηση για τον καρκίνο θα ενισχυθεί επίσης μέσω της δημιουργίας ενός εθνικού μητρώου ασθενών με καρκίνο, το οποίο θα συνδέεται με τα ψηφιακά μητρώα υγείας, καλύπτοντας ένα μεγάλο κενό δεδομένων που εμπόδιζε την έγκαιρη θεραπεία στο παρελθόν.
- Οι δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν τα τελευταία χρόνια, μετά από σημαντική μείωση μεταξύ των ετών 2009 και 2015, λόγω εφαρμογής ενός ευρέως φάσματος μέτρων, στο στόχαστρο των οποίων βρισκόταν, μεταξύ άλλων, η σπατάλη στον τομέα του φαρμάκου, συμπεριλαμβανομένων της βελτίωσης της διακυβέρνησης και της τιμολόγησης, καθώς και της επιβολής ανώτατων ορίων δαπάνης προκειμένου να μειωθούν τα κίνητρα για προκλητή ζήτηση. Τα επίπεδα δαπανών εξακολουθούν να είναι χαμηλότερα από τον μέσο όρο της ΕΕ, αλλά εξασφαλίστηκε πρόσθετη, βραχυπρόθεσμη χρηματοδότηση για τον τομέα της υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Βασική πηγή ανησυχίας είναι το υψηλό επίπεδο άμεσων ιδιωτικών πληρωμών από τα νοικοκυριά (35 % των συνολικών δαπανών για την υγεία το 2019), το οποίο είναι υπερδιπλάσιο του μέσου όρου σε ολόκληρη την ΕΕ. Αυτό σχετίζεται με το γεγονός ότι οι δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα λιανικής, που είναι βασική αιτία καταβολής άμεσων ιδιωτικών πληρωμών, αντιπροσωπεύουν υψηλό ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας.
- Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας εξασφαλίζεται από την καθολική κάλυψη του πληθυσμού και από μια αρκετά εκτεταμένη δέσμη παροχών. Ωστόσο, στην πράξη, ορισμένες υπηρεσίες μπορεί να μην είναι πάντα διαθέσιμες, επειδή, για παράδειγμα, υπάρχει έλλειψη συμβεβλημένων παρόχων (στην περίπτωση της οδοντιατρικής φροντίδας). Ακόμη και πριν από την πανδημία λόγω της νόσου COVID-19, η Ελλάδα κατέγραφε σταθερά το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό μη καλυπτόμενων αναγκών ιατρικής περίθαλψης στην ΕΕ, με τη μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ των εισοδηματικών ομάδων. Οι μη καλυπτόμενες ανάγκες φαίνεται να αυξήθηκαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας, αλλά η χρήση τηλεσυμβουλευτικής επεκτάθηκε, ιδίως για να διευκολυνθεί η πρόσβαση στην περίθαλψη σε απομακρυσμένες περιοχές και περιοχές που δεν καλύπτονται επαρκώς.
- Παρά τις αδυναμίες όσον αφορά το σύστημα δημόσιας υγείας και την ικανότητα αντιμετώπισης έκτακτων αναγκών στον τομέα της υγείας, η αντίδραση της Ελλάδας την πανδημία COVID-19 ήταν ταχεία και προληπτική, με τη θέσπιση μιας σειράς μέτρων μετριασμού τα οποία άμβλυναν τις επιπτώσεις του πρώτου κύματος. Η αντίδραση του συστήματος υγείας περιλάμβανε την αναβάθμιση της εργαστηριακής ικανότητας για την αύξηση των διαγνωστικών ελέγχων και μέτρα για την εξασφάλιση περισσότερων κλινών εντατικής θεραπείας και υγειονομικού προσωπικού για την αντιμετώπιση των επακόλουθων απότομων αυξήσεων στον αριθμό των κρουσμάτων. Τα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας —το επίκεντρο των υπό εξέλιξη μεταρρυθμίσεων για την ενίσχυση της δημόσιας παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης— συνέβαλαν επίσης στην ανίχνευση και τη διαχείριση κρουσμάτων COVID-19.
- Με αφορμή την πανδημία αναδείχθηκε η σημασία του τομέα της υγείας στην Ελλάδα και προωθήθηκαν σχέδια εξασφάλισης πόρων μέσω του Μηχανισμού Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας της ΕΕ. Στους βασικούς τομείς που θα επωφεληθούν από στρατηγικές επενδύσεις περιλαμβάνονται η πρωτοβάθμια φροντίδα και οι νοσοκομειακές υποδομές, τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας και ο ψηφιακός μετασχηματισμός των υπηρεσιών υγείας.

Βασικές πηγές

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

OECD/EU (2020), *Health at a Glance: Europe 2020 – State of Health in the EU Cycle*. Paris, OECD Publishing.

Παραπομπές

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

Eurofound (2021), *Living, working and COVID-19 survey, third round* (February-March 2021).

European Commission (2020a), *Special Eurobarometer 502: Corruption*.

European Commission (2020b), *A pharmaceutical strategy for Europe*.

European Commission (2020c), *Country Report Greece 2020*.

European Commission (2021a), *Europe's Beating Cancer Plan*.

European Commission (2021b), *The European Health Data Space*.

European Public Health Alliance (2020), *Access to health is a luxury for stranded refugees in Greece*.

Κυβέρνηση της Ελλάδας (2021), Επίσημη Πύλη Ενημέρωσης για την αντιμετώπιση της πανδημίας COVID-19 στην Ελλάδα: Ημερήσια επισκόπηση, <https://covid19.gov.gr/covid19-live-analytics/>.

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.

Kousi T, Mitsi LC, Simos J (2021), The early stage of COVID-19 outbreak in Greece: a review of the national response and the socioeconomic impact. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1):322.

Υπουργείο Υγείας της Ελλάδας (2021), Εθνικό Σχέδιο για τη Δημόσια Υγεία 2021-2025.

Myloneros T, Sakellariou D (2021), The effectiveness of primary health care reforms in Greece towards achieving universal health coverage: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 21:628.

Thomson S, Cylus J, Evetovits T (2019), *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

WHO Regional Office for Europe, European Commission, European Observatory on Health Systems and Policies (2021), COVID-19 Health System Response Monitor – Greece.

Συντομογραφίες χωρών

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

State of Health in the EU

Προφίλ Υγείας 2021

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 9789264748255 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)