



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.

Το 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 παρασχεθήκαν 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 τηλεφόρτιση 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)	10 821	509 394
	Δείκτης πληθυσμού άνω των 65 ετών (%)	20,9	18,9
	Δείκτης γονιμότητας ¹	1,3	1,6
Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες	Κατά κεφαλή ΑΕΠ (EUR ΙΑΔ ²)	19 700	28 900
	Δείκτης σχετικής φτώχειας ³ (%)	15,0	10,8
	Δείκτης ανεργίας (%)	24,9	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 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 τίθουν το κλασικό ή την κυριαρχία επί οποιασδήποτε επικράτειας, την αρμοδιότητα 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/>

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 Ηπατιτίδας C, προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα υψηλά ποσοστά επιπολασμού (ένότητα 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, επικροτισμένες 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) (Αποστολιουρούλου 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 βακτηριαμίες 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 διαμεση τιμή (0,5%) στην ΕΕ/ΕΟΧ (ECDC, 2017). Το 2015 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 ορθοπαιδικές 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 μείζον 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 αποδείχτηκαν 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 αποζημιωμένες 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.