



State of Health in the EU

Ελλάδα

Προφίλ Υγείας 2025

Η σειρά των προφίλ υγείας ανά χώρα

Τα προφίλ υγείας ανά χώρα στη σειρά *Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ* παρέχουν μια συνοπτική επισκόπηση της υγείας και των συστημάτων υγείας στην ΕΕ / στον

Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο σε συνάρτηση με τις σχετικές πολιτικές. Δίνεται έμφαση στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τις προκλήσεις σε κάθε χώρα, ενώ παράλληλα γίνονται συγκρίσεις μεταξύ χωρών. Στόχος είναι να υποστηριχθούν οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής και οι παράγοντες επιρροής με ένα μέσο αμοιβαίας μάθησης και μεταφοράς γνώσεων. Η έκδοση του 2025 των Προφίλ Υγείας των Χωρών περιλαμβάνει ένα ειδικό τμήμα αφιερωμένο στη φαρμακευτική πολιτική.

Τα προφίλ είναι αποτέλεσμα κοινής προσπάθειας του ΟΟΣΑ και του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Η ομάδα του έργου ευχαριστεί το δίκτυο παρακολούθησης των Health Systems and Policy Monitor του Παρατηρητηρίου, την

επιτροπή υγείας του ΟΟΣΑ και την ομάδα εμπειρογνομόνων

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

Περιεχόμενα

1	Σημαντικά σημεία	1
2	Υγεία στην Ελλάδα	2
3	Παράγοντες κινδύνου	5
4	Το σύστημα υγείας	7
5	Απόδοση του συστήματος υγείας	9
6	Εστίαση στα φαρμακευτικά προϊόντα	20
7	Βασικά ευρήματα	24

Πηγές δεδομένων και πληροφοριών

Τα δεδομένα και οι πληροφορίες που περιλαμβάνονται στα προφίλ υγείας ανά χώρα βασίζονται κυρίως σε εθνικά επίσημα στατιστικά στοιχεία τα οποία παρασχέθηκαν

στη Eurostat και στον ΟΟΣΑ και επικυρώθηκαν, ώστε να διασφαλιστεί το υψηλότερο δυνατό επίπεδο

συγκρισιμότητας των δεδομένων. Οι πηγές και οι μέθοδοι συλλογής των δεδομένων αυτών διατίθενται στη βάση δεδομένων της Eurostat και στη βάση δεδομένων υγείας του ΟΟΣΑ. Κάποια επιπλέον δεδομένα προέρχονται επίσης από το Ινστιτούτο Μετρήσεων και Αξιολόγησης Υγείας (IHME), το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC),

τις έρευνες για τις συμπεριφορές υγείας των παιδιών σχολικής ηλικίας (HBSC), την Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη (SHARE), το Ευρωπαϊκό Σύστημα Πληροφοριών για τον Καρκίνο (ECIS) και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), καθώς και 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 2025 βάσει στοιχείων που ήταν διαθέσιμα στο πρώτο δεκαπενθήμερο του Σεπτεμβρίου 2025.

Δημογραφικό και κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο στην Ελλάδα, 2024

Δημογραφικοί παράγοντες	Ελλάδα	ΕΕ
Μέγεθος πληθυσμού	10 400 720	449 306 184
Ποσοστό πληθυσμού ηλικίας άνω των 65 ετών (%)	23	22 %
Δείκτης γονιμότητας ¹ (2023)	1,3	1,4
Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες		
Κατά κεφαλήν ΑΕΠ (ΙΑΔ ² σε EUR)	27 760	39 675
Ποσοστό πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού ³ (%)	26,9	20,9 %

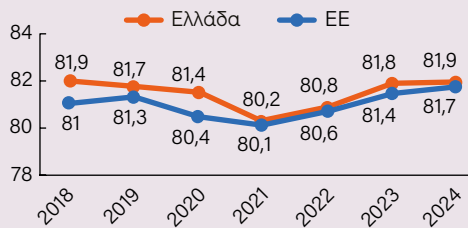
- Αριθμός τέκνων ανά γυναίκα ηλικίας 15-49 ετών.
- Η ισοτιμία αγοραστικής δύναμης (ΙΑΔ) ορίζεται ως η νομισματική ισοτιμία που εξισώνει την αγοραστική δύναμη διαφορετικών νομισμάτων, εξαλείφοντας τις διαφορές στα επίπεδα τιμών μεταξύ χωρών.
- Ο κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού (AROPE) είναι το ποσοστό των ατόμων που είτε βρίσκονται σε κίνδυνο φτώχειας, είτε αντιμετωπίζουν σοβαρή υλική και κοινωνική στέρηση, είτε ζουν σε νοικοκυριό με πολύ χαμηλή ένταση εργασίας.

Αποποίηση ευθυνών: Για τον ΟΟΣΑ, το παρόν έργο δημοσιεύεται υπό την ευθύνη του Γενικού Γραμματέα του ΟΟΣΑ. Οι απόψεις που εκφράζονται και τα επιχειρήματα που χρησιμοποιούνται στο παρόν δεν αντικατοπτρίζουν απαραίτητα τις επίσημες απόψεις των χωρών μελών του ΟΟΣΑ. Οι απόψεις και οι γνώμες που εκφράζονται στις δημοσιεύσεις του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας δεν αντιπροσωπεύουν απαραίτητα την επίσημη πολιτική των Συμμετεχόντων Οργανισμών.

Το παρόν έργο πραγματοποιήθηκε με την οικονομική συνδρομή της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι απόψεις που εκφράζονται στο παρόν δεν μπορούν σε καμία περίπτωση να θεωρηθούν ότι αντικατοπτρίζουν την επίσημη άποψη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Τα ονόματα και η αναπαράσταση των χωρών και των εδαφών που χρησιμοποιούνται σε αυτήν την κοινή δημοσίευση ακολουθούν την πρακτική του ΠΟΥ. Το παρόν έγγραφο, καθώς και οποιαδήποτε δεδομένα και χάρτες που περιλαμβάνονται σε αυτό, δεν θίγουν το καθεστώς ή την κυριαρχία επί οποιασδήποτε επικράτειας, την οριοθέτηση διεθνών συνόρων και ορίων και το όνομα οποιασδήποτε επικράτειας, πόλης ή περιοχής. Ισχύουν συγκεκριμένες εδαφικές αποποιήσεις ευθύνης για τον ΟΟΣΑ και μπορείτε να τις βρείτε στον ακόλουθο σύνδεσμο: <https://www.oecd.org/en/about/terms-conditions/oecd-disclaimers.html>. Ισχύουν πρόσθετες αποποιήσεις ευθύνης για τον ΠΟΥ.

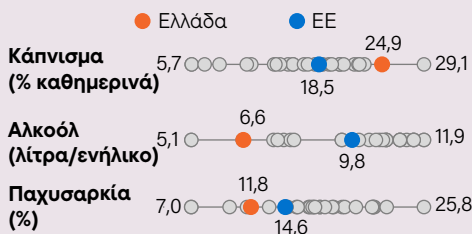
1 Σημαντικά σημεία



Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση

Επίπεδο Υγείας

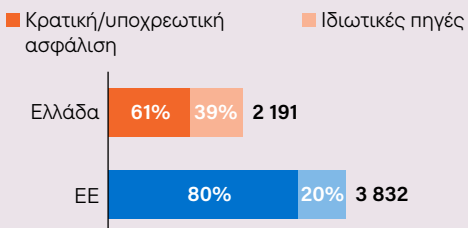
Μετά από μια απότομη μείωση κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα ανέκαμψε στα 81,9 έτη το 2024 – ελαφρώς υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ. Η διαφορά στο προσδόκιμο ζωής μεταξύ των δύο φύλων, υπέρ των γυναικών, είναι 5,2 έτη. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο καρκίνος ήταν οι κύριες αιτίες θανάτου το 2022 – ιδίως οι ισχαιμικές καρδιοπάθειες, το εγκεφαλικό επεισόδιο και ο καρκίνος του πνεύμονα.



Ενήλικες 2022 (ή πλησιέστερο έτος)

Παράγοντες Κινδύνου

Τα ποσοστά καπνίσματος παραμένουν υψηλά στην Ελλάδα, παρά τη μείωση που σημειώθηκε τις τελευταίες δύο δεκαετίες, με το 25 % των ενηλίκων να καπνίζουν καθημερινά το 2019. Παράλληλα, η χρήση ηλεκτρονικών τσιγάρων αυξάνεται. Αντίθετα, η κατανάλωση αλκοόλ στην Ελλάδα είναι από τις χαμηλότερες στην ΕΕ. Ενώ η παχυσαρκία των ενηλίκων είναι κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ, το ποσοστό παχυσαρκίας των εφήβων αυξάνεται ραγδαία: το 28 % των 15χρονων ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι το 2022.



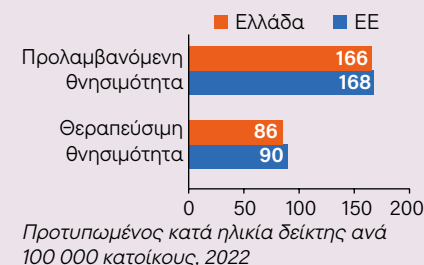
Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας (ΕΥΡΩ ΙΑΔ), 2023

Το Σύστημα Υγείας

Οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα το 2023 (2 191 ευρώ) ήταν κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ. Το δημόσιο μερίδιο των δαπανών για την υγεία ήταν 61 % – το δεύτερο χαμηλότερο ποσοστό στην ΕΕ. Οι άμεσες ιδιωτικές πληρωμές αποτελούσαν το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία, αντιπροσωπεύοντας το 34 % των δαπανών, ποσοστό σημαντικά υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (16 %).

Απόδοση του Συστήματος Υγείας

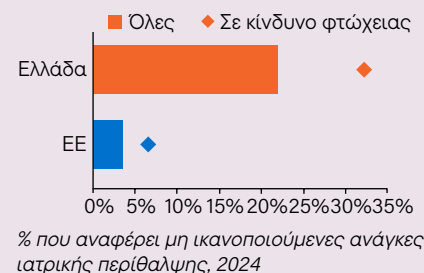
Αποτελεσματικότητα



Προτυπωμένοι κατά ηλικία δείκτης ανά 100 000 κατοίκους, 2022

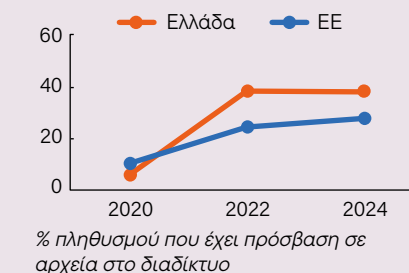
Το ποσοστό των θανάτων που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί στην Ελλάδα αυξήθηκε κατά 42 % κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Αν και μειώθηκε σε 166 ανά 100 000 το 2022, παρέμεινε ωστόσο υψηλότερο από τα προ πανδημίας επίπεδα. Η θνησιμότητα από θεραπεύσιμες αιτίες έχει μειωθεί την τελευταία δεκαετία και έχει επανέλθει κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ. Οι ισχαιμικές καρδιοπάθειες και τα εγκεφαλικά επεισόδια, μαζί με τον καρκίνο του παχέος εντέρου και του μαστού, ευθύνονται για πάνω από το ήμισυ αυτών των πρόωγων θανάτων.

Προσβασιμότητα



Στην Ελλάδα, το 21,9 % των ατόμων που δήλωσαν ότι είχαν ανάγκη ιατρικής περίθαλψης το 2024 ανέφεραν επίσης ότι η ανάγκη αυτή δεν ικανοποιήθηκε για λόγους κόστους, χρόνων αναμονής ή απόστασης που έπρεπε να διανύσουν. Το ποσοστό αυτό είναι έξι φορές υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ. Μεταξύ των ατόμων που διατρέχουν κίνδυνο φτώχειας, το 32,3 % ανέφερε ανεκπλήρωτες ανάγκες, υπογραμμίζοντας τα σοβαρά προβλήματα πρόσβασης και την παραίτηση από την περίθαλψη. Ο μέσος όρος της ΕΕ για την ομάδα αυτή είναι 6,0 %.

Ανθεκτικότητα



Η ψηφιοποίηση αποτελεί βασικό στοιχείο για την οικοδόμηση ενός ανθεκτικού συστήματος υγείας. Η Ελλάδα έχει επενδύσει σε σχεδόν 30 έργα ψηφιοποίησης του τομέα της υγείας στο πλαίσιο της εθνικής στρατηγικής της για τον ψηφιακό μετασχηματισμό, τα οποία καλύπτουν τα δεδομένα υγείας, την υποδομή πληροφορικής των νοσοκομείων, τα κλινικά και διαχειριστικά συστήματα πληροφοριών, τα μητρώα παρακολούθησης ασθενειών και τις υπηρεσίες τηλεϊατρικής. Σημαντικό ορόσημο τον Μάιο του 2025 ήταν η πλήρης εφαρμογή των ηλεκτρονικών ιατρικών φακέλων.

Στο Προσκήνιο: Φάρμακα

Η Ελλάδα δαπάνησε 586 ευρώ κατά κεφαλήν για φαρμακευτικά προϊόντα λιανικής πώλησης το 2023, ποσό που αντιστοιχεί στο 27 % των συνολικών δαπανών υγείας και είναι σχεδόν διπλάσιο του μέσου όρου της ΕΕ, που είναι 13 %. Μόνο το 52 % των δαπανών για φάρμακα καλύπτεται από δημόσια χρηματοδότηση, ενώ οι άμεσες ιδιωτικές πληρωμές για φαρμακευτικά προϊόντα εξωνοσοκομειακής περίθαλψης είναι σημαντικές. Τα γενόσημα φάρμακα αντιπροσώπευαν περίπου το ένα τρίτο των φαρμακευτικών προϊόντων που καταναλώθηκαν, σε όγκο, το 2024. Η χρήση τους προωθείται μέσω της συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία, των ηλεκτρονικών συστημάτων συνταγογράφησης και της υποκατάστασης με γενόσημα φάρμακα από τους φαρμακοποιούς. Στο πλαίσιο του Εθνικού Σχεδίου Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας και μέσω νέων πρωτοβουλιών για την καινοτομία και τις μικρές και μεσαίες επιχειρήσεις, υλοποιούνται δράσεις για την αύξηση των επενδύσεων στην έρευνα και ανάπτυξη στον τομέα των φαρμάκων.

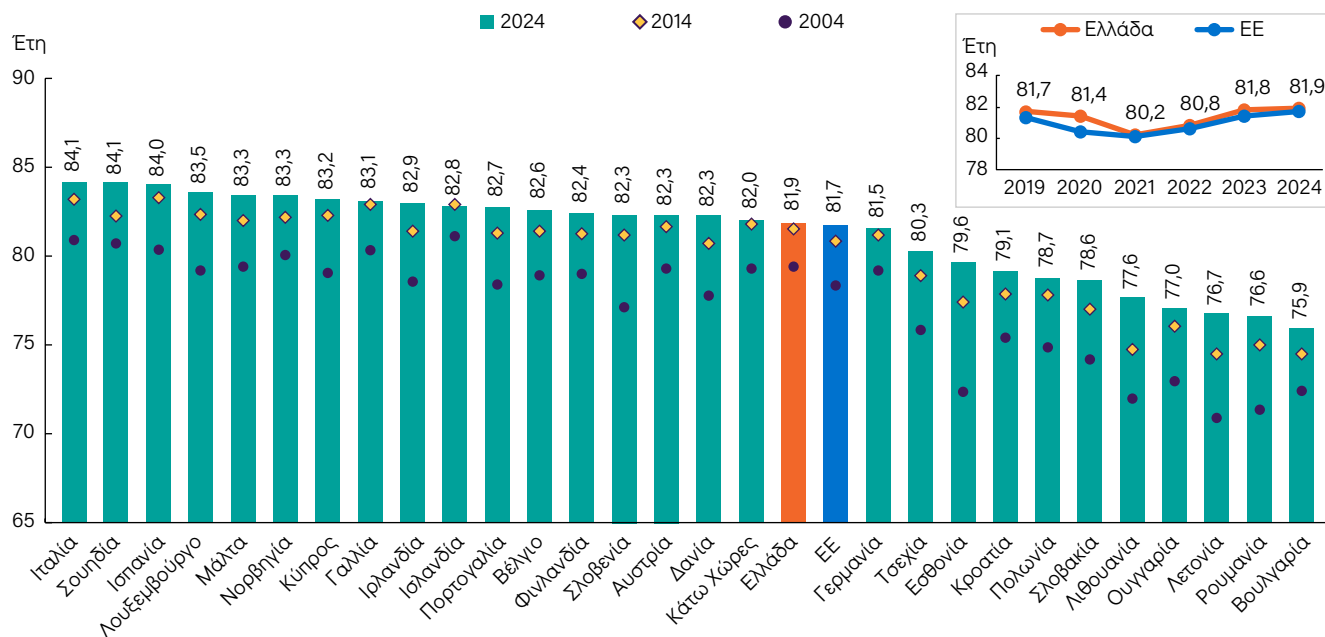
2 Υγεία στην Ελλάδα

Το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα ήταν ελαφρώς υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ το 2024, αλλά χαμηλότερο από το επίπεδο άλλων χωρών της νότιας Ευρώπης

Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση έφτασε τα 81,9 έτη στην Ελλάδα το 2024, το οποίο είναι ελαφρώς υψηλότερο

από τον μέσο όρο της ΕΕ, αλλά χαμηλότερο από αυτό των περισσότερων χωρών της νότιας και δυτικής Ευρώπης (Σχήμα 1). Μετά από σημαντική μείωση του προσδόκιμου ζωής κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, το προσδόκιμο ζωής ανέκαμψε στη συνέχεια και ξεπέρασε το προ πανδημίας επίπεδο από το 2023 και μετά.

Σχήμα 1. Το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα ανέκαμψε μετά την πανδημία



Σημειώσεις: Ο μέσος όρος ΕΕ είναι σταθμισμένος. Τα στοιχεία για την Ιρλανδία αφορούν το 2023.

Πηγή: Eurostat (demo_mlexpec).

Όπως και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, στην Ελλάδα οι γυναίκες τείνουν να ζουν περισσότερο από τους άνδρες. Το 2024, οι Ελληνίδες είχαν προσδόκιμο ζωής 84,5 έτη – 5,2 έτη περισσότερο από τους άνδρες (79,3 έτη). Αυτή η διαφορά στη μακροζωία μεταξύ των δύο φύλων είναι ίση με τον μέσο όρο της ΕΕ και παρέμεινε σχετικά σταθερή τις τελευταίες δύο δεκαετίες.

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι η κύρια αιτία θανάτου, ακολουθούμενα από τον καρκίνο

Σχεδόν το ένα τρίτο του συνόλου των θανάτων στην Ελλάδα το 2022 αποδόθηκε σε καρδιαγγειακά νοσήματα – συμπεριλαμβανομένης της ισχαιμικής καρδιακής νόσου και του εγκεφαλικού επεισοδίου. Το ποσοστό θνησιμότητας για αυτή την ομάδα ασθενειών μειώνεται σταθερά την τελευταία δεκαετία – τόσο ως ποσοστό του συνόλου των θανάτων όσο και σε όρους προτυπωμένων ποσοστών θνησιμότητας – φθάνοντας τους 325 θανάτους ανά 100 000 κατοίκους το 2022. Αν και τα ποσοστά μειώνονται επίσης από το 2014, ο καρκίνος ήταν η δεύτερη κύρια αιτία θανάτου το 2022, αντιπροσωπεύοντας το 21 % του συνόλου των θανάτων. Ο καρκίνος του πνεύμονα ήταν μακράν η κύρια αιτία

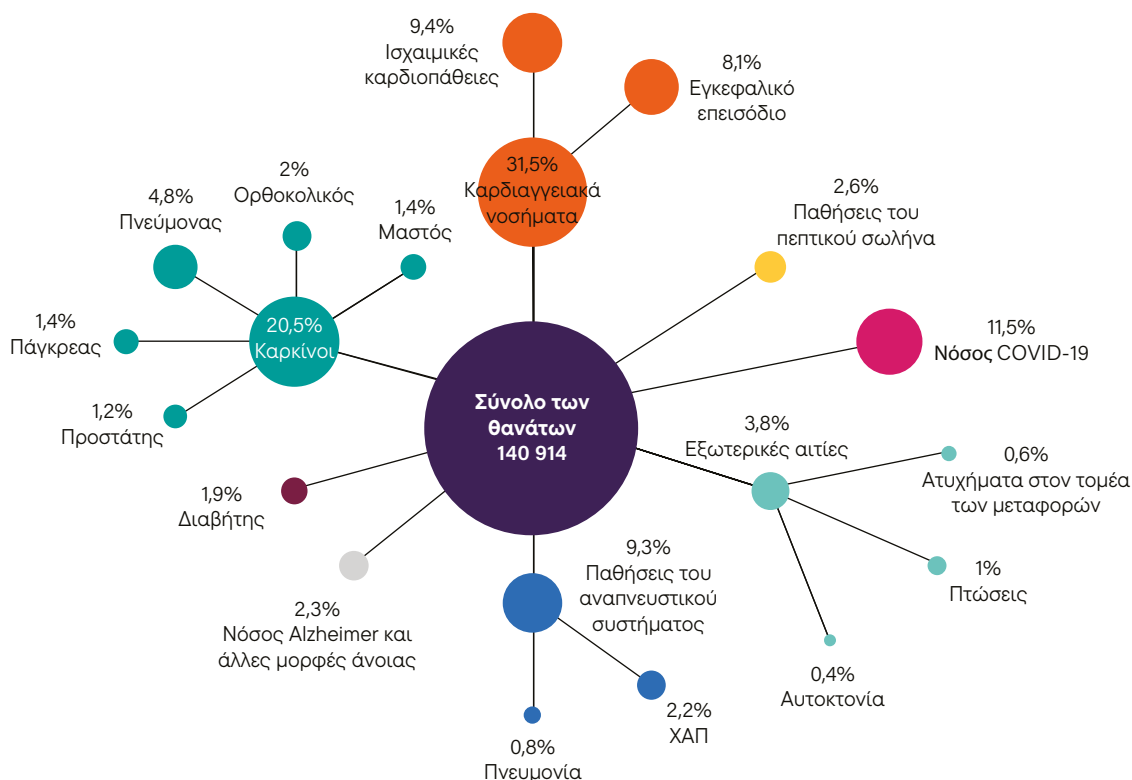
θνησιμότητας από καρκίνο, ευθυνόμενος για περίπου το ένα τέταρτο των θανάτων από καρκίνο (Σχήμα 2). Άλλες σημαντικές αιτίες θανάτου το 2022 ήταν η COVID-19 και οι παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος.

Στην ηλικία των 65 ετών, οι Έλληνες ζουν πάνω από το ήμισυ του υπολειπόμενου προσδόκιμου ζωής τους με κάποιες αναπηρίες

Ως αποτέλεσμα της αύξησης του προσδόκιμου ζωής, του ποσοστού γονιμότητας κάτω από το επίπεδο αντικατάστασης και της γήρανσης της γενιάς του baby boom, το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω στην Ελλάδα αυξήθηκε από 17 % το 2000 σε 23 % το 2024. Προβλέπεται ότι το ποσοστό αυτό θα αυξηθεί περαιτέρω σε 34 % έως το 2050, το οποίο θα είναι το υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ, μαζί με την Ιταλία και την Πορτογαλία.

Το 2022, οι γυναίκες ηλικίας 65 ετών μπορούσαν να αναμένουν να ζήσουν άλλα 20,9 χρόνια – περίπου τρία χρόνια περισσότερα από τους άνδρες της ίδιας ηλικίας. Ωστόσο, λιγότερο από τα μισά από αυτά τα χρόνια είναι χρόνια υγιούς ζωής, ενώ τα υπόλοιπα βιώνονται με κάποιους περιορισμούς στις δραστηριότητες (Σχήμα 3).

Σχήμα 2. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο καρκίνος αντιπροσώπευαν πάνω από το ήμισυ του συνολικού αριθμού θανάτων στην Ελλάδα το 2022



Σημείωση: IHD = ισχαιμικές καρδιοπάθειες, ΧΑΠ = χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια.

Πηγή: Eurostat (hlth_cd_aro) τα στοιχεία αναφέρονται στο 2022.

Πάνω από το ήμισυ των Ελληνίδων ηλικίας άνω των 65 ετών (56 %) ανέφεραν ότι είχαν περισσότερες από μία χρόνιες παθήσεις το 2022, ενώ το ποσοστό αυτό ήταν χαμηλότερο στους άνδρες (48 %). Το χάσμα μεταξύ των φύλων στα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών που αναφέρουν περιορισμούς στις καθημερινές δραστηριότητες είναι αρκετά μεγάλο, με το 38 % των γυναικών να αναφέρουν τέτοιους περιορισμούς σε σύγκριση με το 22 % των ανδρών.

Περίπου 1,1 εκατομμύρια άτομα στην Ελλάδα ζούσαν με καρδιαγγειακά νοσήματα το 2021

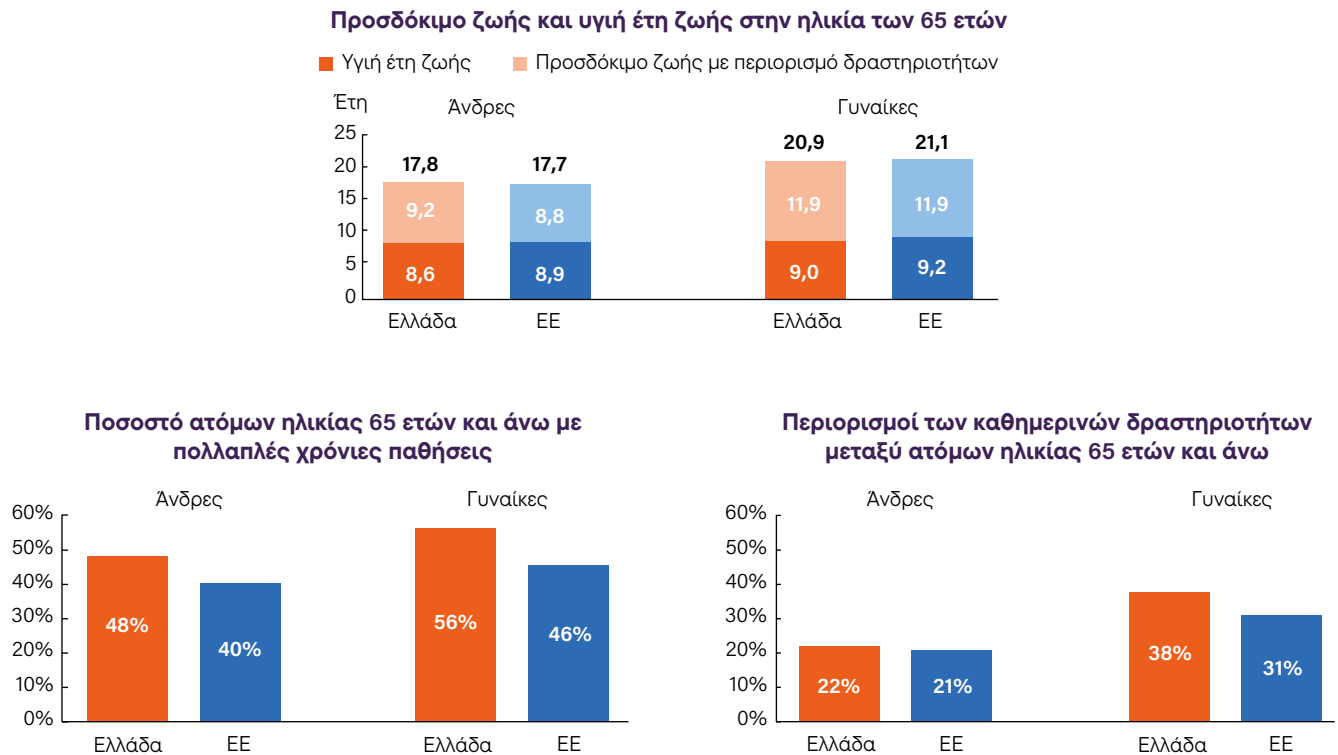
Οι καρδιαγγειακές παθήσεις δεν είναι μόνο η κύρια αιτία θανάτου στην Ελλάδα, αλλά και η κύρια αιτία νοσηρότητας και αναπηρίας, αντανakλώντας τα πρότυπα που παρατηρούνται σε ολόκληρη την ΕΕ. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), το 2021 σημειώθηκαν περίπου 122 000 νέες περιπτώσεις καρδιαγγειακών παθήσεων στην Ελλάδα και 1,1 εκατομμύριο άτομα ζούσαν με καρδιαγγειακή πάθηση. Αυτό αντιστοιχεί σε ένα ηλικιακά προτυπωμένο ποσοστό επίπτωσης 1 018 ανά 100 000 κατοίκους – περίπου 12 % χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (Σχήμα 4). Το ποσοστό επιπολασμού των καρδιαγγειακών παθήσεων στην Ελλάδα ήταν επίσης σημαντικά χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ. Οι ισχαιμικές καρδιοπάθειες είναι μία από τις συχνότερες καρδιαγγειακές παθήσεις, με περίπου 31 900 νέες περιπτώσεις το 2021 στην Ελλάδα, που αντιπροσωπεύουν το 26 % του συνόλου των

καρδιαγγειακών παθήσεων. Στο πλαίσιο μιας σημαντικής πολιτικής αντίδρασης, το 2023 η κυβέρνηση ίδρυσε το Εθνικό Δίκτυο Ενισχυμένων Μονάδων Φροντίδας για τη Θεραπεία Ασθενών με Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο, με σκοπό τη βελτιστοποίηση της πρόληψης, της θεραπείας και της φροντίδας των ατόμων που πάσχουν από αυτή την πάθηση (βλ. ενότητα 5.1).

Πάνω από μισό εκατομμύριο άτομα στην Ελλάδα ζούσαν με καρκίνο το 2020

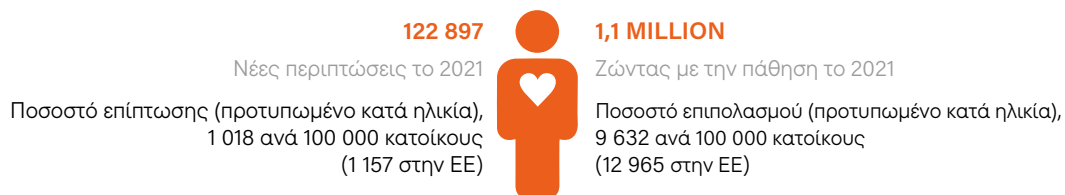
Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Ευρωπαϊκού Συστήματος Πληροφοριών για τον Καρκίνο (ECIS), το 2022 αναμενόταν να διαγνωσθούν περισσότερες από 63 000 νέες περιπτώσεις καρκίνου στην Ελλάδα, ενώ το 2020 σχεδόν 567 000 άτομα ζούσαν με καρκίνο (Σχήμα 5). Το (2022) ποσοστό επίπτωσης καρκίνου, σταθμισμένο ως προς την ηλικία, στην Ελλάδα είναι ελαφρώς χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ, ενώ το (2020) ποσοστό επιπολασμού είναι ελαφρώς υψηλότερο, γεγονός που υπογραμμίζει τη σημασία της εστίασης στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο (ΟΟΣΑ/Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2025). Τα νέα περιστατικά διάγνωσης καρκίνου μεταξύ των ανδρών το 2022 εκτιμήθηκε ότι αφορούν τον προστάτη, τον πνεύμονα και το παχύ έντερο. Μεταξύ των γυναικών, οι κύριες θέσεις καρκίνου ήταν του μαστού, το παχέος εντέρου και του πνεύμονα. Η επίπτωση του καρκίνου προβλέπεται να αυξηθεί κατά 12 % έως το 2040, κυρίως λόγω της γήρανσης του πληθυσμού.

Σχήμα 3. Πάνω από το ήμισυ των Ελληνίδων γυναικών ηλικίας 65 ετών και άνω ζουν με χρόνιες παθήσεις



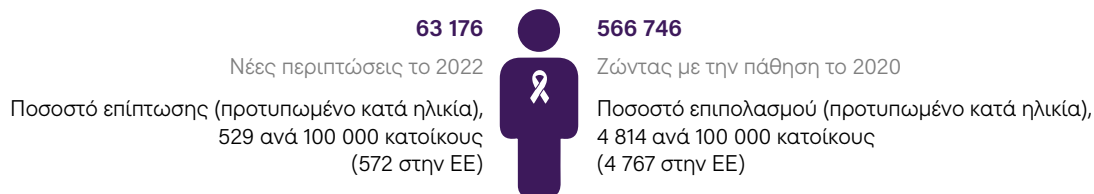
Πηγή: Eurostat για τα υγιή έτη ζωής (tespm120, tespm130) και έρευνα SHARE (για τις χρόνιες παθήσεις και τους περιορισμούς στις καθημερινές δραστηριότητες): τα στοιχεία αναφέρονται στο 2022 και στο 2021-22, αντίστοιχα.

Σχήμα 4. Το ποσοστό εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων στην Ελλάδα είναι χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ



Πηγή: IHME, Global Health Data Exchange· οι εκτιμήσεις αναφέρονται στο 2021.

Σχήμα 5. Περίπου ένας στους είκοσι ανθρώπους στην Ελλάδα ζούσε με καρκίνο το 2020



Σημειώσεις: Πρόκειται για εκτιμήσεις που ενδέχεται να διαφέρουν από τα εθνικά στοιχεία. Η επίπτωση του καρκίνου περιλαμβάνει όλες τις αιτίες καρκίνου εκτός από τον μη μελανωματικό καρκίνο του δέρματος.

Πηγή: European Cancer Information System; οι εκτιμήσεις αναφέρονται στο 2022 για την επίπτωση και στο 2020 για τον επιπολασμό.

3 Παράγοντες κινδύνου

Σχεδόν το ένα τρίτο των θανάτων στην Ελλάδα μπορεί να αποδοθεί σε συμπεριφορικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου

Σύμφωνα με εκτιμήσεις του IHME, οι συμπεριφορικοί παράγοντες κινδύνου, όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, οι διατροφικοί κίνδυνοι και τα χαμηλά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας, ήταν υπεύθυνοι για το 25 % του συνόλου των θανάτων στην Ελλάδα το 2021. Περισσότεροι από τους μισούς θανάτους μπορούν να αποδοθούν στο κάπνισμα, το οποίο αποτελεί επίσης τον κύριο παράγοντα κινδύνου για τη θνησιμότητα από καρκίνο. Η ατμοσφαιρική ρύπανση από λεπτόκοκκα σωματίδια (PM_{2.5}) και η έκθεση στο όζον ευθύνονται για ένα επιπλέον 6 % του συνόλου των θανάτων. Συνολικά, αυτοί οι συμπεριφορικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου ευθύνονται για το 31 % του συνόλου των θανάτων στην Ελλάδα το 2021, ποσοστό ελαφρώς υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ, που είναι 29 %.

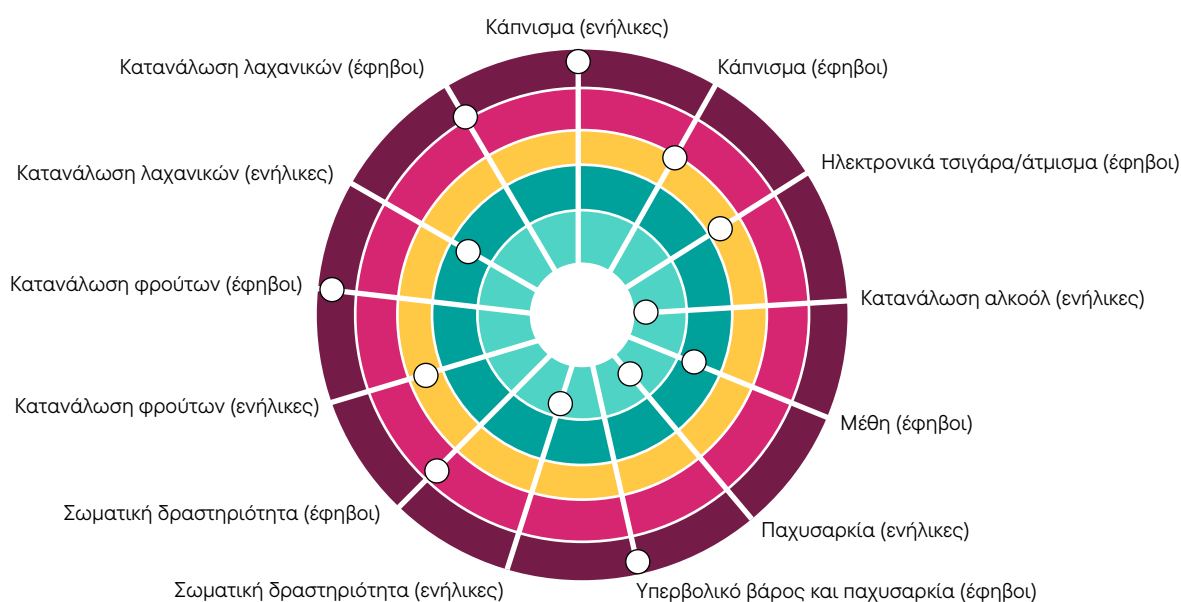
Τα ποσοστά καπνίσματος μεταξύ των Ελλήνων ανδρών και γυναικών έχουν μειωθεί, αλλά εξακολουθούν να είναι υψηλά

Αν και ο επιπολασμός του καπνίσματος στην Ελλάδα έχει μειωθεί σταθερά τις τελευταίες δύο δεκαετίες, ένας στους τέσσερις Έλληνες ενήλικες εξακολουθούσε να καπνίζει καθημερινά το 2019, ποσοστό που ήταν από τα

υψηλότερα σε ολόκληρη την ΕΕ (Σχήμα 6). Όπως και σε πολλές άλλες χώρες, οι Έλληνες άνδρες (31 %) είναι πολύ πιθανότεροι να καπνίζουν από τις γυναίκες (19 %).

Περίπου ένας στους έξι 15χρονους στην Ελλάδα (17 %) ανέφερε ότι είχε καπνίσει τον τελευταίο μήνα το 2022 – ποσοστό που έχει μειωθεί ελαφρώς από το 20 % το 2014 και είναι ίσο με τον μέσο όρο της ΕΕ. Ωστόσο, όπως και σε άλλες χώρες, η χρήση ηλεκτρονικών τσιγάρων έχει γίνει πιο δημοφιλής μεταξύ των εφήβων, και το 20 % ανέφερε ότι κάπνισε ηλεκτρονικά τσιγάρα τον τελευταίο μήνα το 2022. Τα προϊόντα ατμίματος μπορούν να πωλούνται μόνο σε άτομα άνω των 18 ετών, και οι ίδιοι κανόνες που περιορίζουν το κάπνισμα σε δημόσιους χώρους ισχύουν και για το άτμισμα. Το 2019 θεσπίστηκε αυστηρότερη νομοθεσία που επιβάλλει την απαγόρευση του καπνίσματος τόσο σε εσωτερικούς όσο και σε καθορισμένους εξωτερικούς δημόσιους χώρους, συμπεριλαμβανομένων εστιατορίων και μπαρ, η οποία είχε κάποιο αντίκτυπο χάρη στις αυστηρότερες επιθεωρήσεις και την επιβολή προστίμων, αλλά εξακολουθούν να υπάρχουν προβλήματα στην εφαρμογή της (ΟΟΣΑ/Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2025). Επιπλέον, το 2025 θεσπίστηκαν αυστηρότεροι κανονισμοί σχετικά με την πώληση, τη διανομή και τη διαθεσιμότητα προϊόντων καπνού σε ανηλίκους (βλ. ενότητα 5.1).

Σχήμα 6. Ενώ η κατανάλωση αλκοόλ είναι χαμηλή, το κάπνισμα μεταξύ των ενηλίκων και το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία μεταξύ των εφήβων αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου στην Ελλάδα



Σημειώσεις: Όσο πιο κοντά βρίσκεται η κουκκίδα στο κέντρο, τόσο καλύτερη είναι η επίδοση της χώρας σε σύγκριση με άλλες χώρες της ΕΕ. Καμία χώρα δεν βρίσκεται στην λευκή «περιοχή-στόχο», καθώς υπάρχει περιθώριο βελτίωσης σε όλες τις χώρες και σε όλους τους τομείς.

Πηγές: Υπολογισμοί του ΟΟΣΑ με βάση την έρευνα HBSC 2022 για τους δείκτες των εφήβων; Eurostat με βάση τη EU-SILC 2022 και το OECD Data Explorer για τους δείκτες των ενηλίκων (2022 ή το πλησιέστερο διαθέσιμο έτος).

Η κατανάλωση αλκοόλ από ενήλικες και εφήβους έχει μειωθεί και είναι πλέον πολύ κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ

Η συνολική κατανάλωση αλκοόλ μεταξύ των ενηλίκων μειώθηκε κατά την τελευταία δεκαετία από 7,8 λίτρα αλκοόλ ανά ενήλικα το 2010 σε 6,6 λίτρα το 2022 – ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά στην ΕΕ, όπου ο μέσος όρος είναι 9,8 λίτρα. Ομοίως, το ποσοστό των 15χρονων που δήλωσαν ότι έχουν μεθύσει περισσότερες από μία φορές στη ζωή τους μειώθηκε σημαντικά την τελευταία δεκαετία, από 23 % το 2010 σε 17 % το 2022 – ποσοστό που είναι πλέον χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ, ο οποίος είναι 23 %.

Τα ποσοστά υπερβολικού βάρους και παχυσαρκίας μεταξύ των Ελλήνων εφήβων είναι υψηλά και αυξάνονται

Σύμφωνα με την έρευνα EU-SILC, το 12 % των ενηλίκων στην Ελλάδα ήταν παχύσαρκοι το 2022, ποσοστό μικρότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ που είναι 15 %. Ωστόσο, η κατάσταση είναι διαφορετική μεταξύ των εφήβων: περισσότεροι από ένας στους τέσσερις (28 %) 15χρονους ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι στην Ελλάδα το 2022 – ποσοστό πολύ υψηλότερο από ό,τι στις περισσότερες άλλες χώρες της ΕΕ και από τον μέσο όρο της ΕΕ (21 %), και αυξημένο σε σχέση με το 22 % το 2018. Τα αγόρια είναι πολύ πιθανότερο να είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα από τα κορίτσια. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης κατά της Παιδικής Παχυσαρκίας εισήχθη τον Νοέμβριο του 2023 και εφαρμόζεται από το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με το Ταμείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Παιδιά.

Στην Ελλάδα, όπως και στις περισσότερες άλλες χώρες της ΕΕ, η κακή διατροφή είναι ο κύριος παράγοντας που συμβάλλει στο υπερβολικό βάρος και την παχυσαρκία. Ενώ η ημερήσια κατανάλωση λαχανικών

από τους ενήλικες στην Ελλάδα είναι αντίστοιχη με τον μέσο όρο της ΕΕ (59 %), η ημερήσια κατανάλωση φρούτων (55 %) είναι χαμηλότερη από τον μέσο όρο της ΕΕ (61 %). Η καθημερινή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών είναι πολύ χαμηλότερη μεταξύ των εφήβων: μεταξύ των Ελλήνων 15χρονων, μόνο το 28 % ανέφερε ότι καταναλώνει τουλάχιστον μία μερίδα λαχανικών καθημερινά και το 21 % ανέφερε ότι καταναλώνει τουλάχιστον μία μερίδα φρούτων καθημερινά.

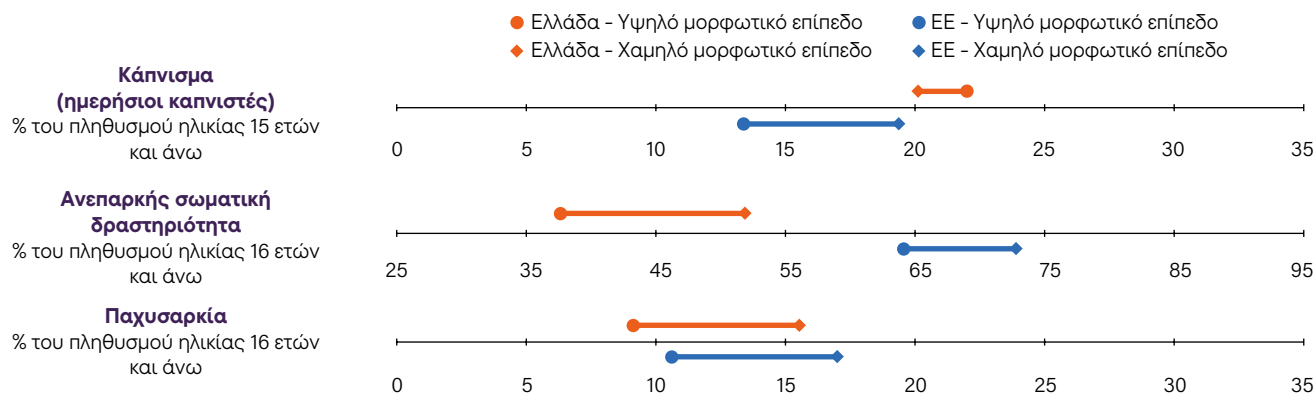
Οι Έλληνες ενήλικες, αλλά όχι οι έφηβοι, είναι πιο δραστήριοι σωματικά από τον μέσο όρο της ΕΕ

Τα χαμηλά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας συμβάλλουν επίσης στο υπερβολικό βάρος και την παχυσαρκία. Θετικό είναι το γεγονός ότι περισσότεροι από τους μισούς Έλληνες ενήλικες δήλωσαν ότι ασκούν σωματική δραστηριότητα περισσότερες από τρεις ημέρες την εβδομάδα το 2022, ποσοστό σημαντικά υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ. Ωστόσο, μόνο το 12 % των εφήβων ηλικίας 15 ετών δήλωσαν ότι ασκούν τουλάχιστον 60 λεπτά σωματικής δραστηριότητας κάθε μέρα, ποσοστό χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (15 %).

Αρκετοί παράγοντες κινδύνου είναι πιο συχνοί μεταξύ των ατόμων με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, εκτός από το κάπνισμα

Όπως και σε άλλες χώρες, διάφοροι συμπεριφορικοί παράγοντες κινδύνου στην Ελλάδα – συμπεριλαμβανομένης της σωματικής αδράνειας ή της παχυσαρκίας – είναι πιο συνηθισμένοι μεταξύ των ατόμων με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης. Ωστόσο, το κάπνισμα αποτελεί εξαίρεση. Στην Ελλάδα, όπως και σε μερικές άλλες χώρες της ΕΕ, τα άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο είναι ελαφρώς πιο πιθανό να καπνίζουν σε σύγκριση με τα άτομα με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης (Σχήμα 7).

Σχήμα 7. Τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο είναι πιο πιθανό να έχουν παχυσαρκία και να ασκούνται λιγότερο



Σημειώσεις: Ως χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ορίζεται το μορφωτικό επίπεδο που δεν υπερβαίνει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (επίπεδα ISCED 0-2), ενώ ως υψηλό μορφωτικό επίπεδο ορίζεται ο πληθυσμός με τριτοβάθμια εκπαίδευση (επίπεδα ISCED 5-8). Ως χαμηλή σωματική δραστηριότητα ορίζεται η σωματική δραστηριότητα που πραγματοποιείται τρεις φορές ή λιγότερο την εβδομάδα. Πηγές: Eurostat με βάση το EHIS 2019 για το κάπνισμα (hlth_ehis_sk1e) και την EU-SILC 2022 για τη σωματική δραστηριότητα και την παχυσαρκία (ilc_hch07b, ilc_hch10).

4 Το σύστημα υγείας

Ένας ενιαίος αγοραστής συνάπτει συμβάσεις με δημόσιους και ιδιωτικούς παρόχους για την παροχή υπηρεσιών υγείας

Το σύστημα υγείας της Ελλάδας διοικείται κεντρικά και παρέχει κάλυψη σε όλους τους πολίτες και τους νόμιμους κατοίκους. Οι μετανάστες χωρίς έγγραφα έχουν συνήθως πρόσβαση μόνο σε επείγουσα περίθαλψη. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας χρηματοδοτείται από τα γενικά έσοδα του κράτους και τις υποχρεωτικές εισφορές που διοχετεύονται μέσω ενός ενιαίου αγοραστή – του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Το Υπουργείο Υγείας ασκεί εκτεταμένη ρυθμιστική εξουσία, καθορίζοντας τις εθνικές πολιτικές υγείας, εποπτεύοντας τα δημόσια νοσοκομεία και ελέγχοντας τους επαγγελματίες υγείας.

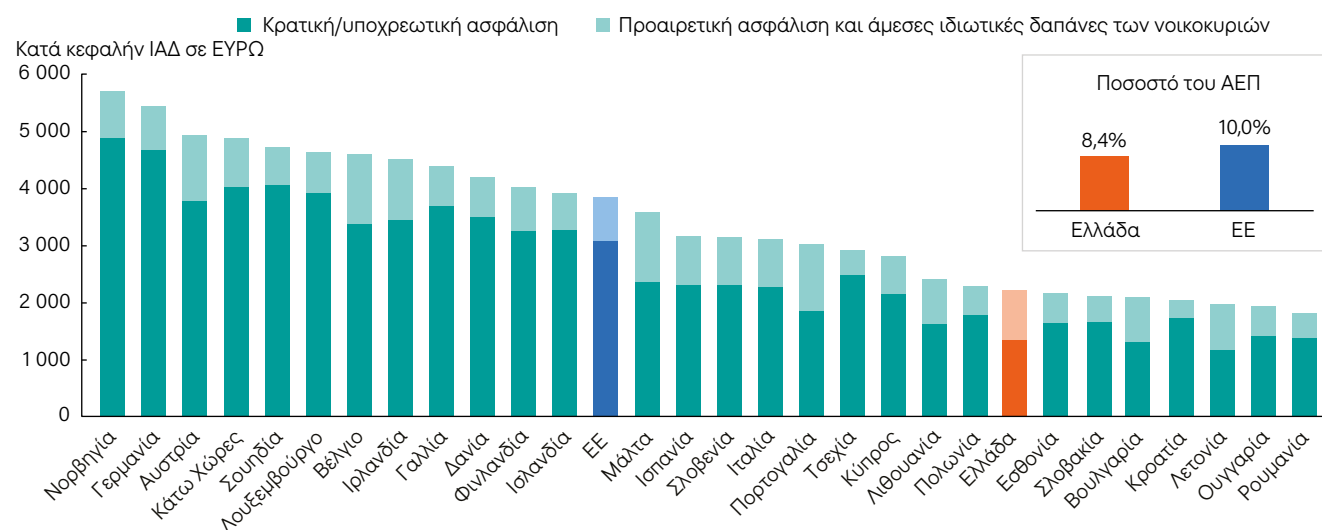
Ο ΕΟΠΥΥ συνάπτει συμβάσεις με δημόσιους και ιδιωτικούς παρόχους για την παροχή ενός ενιαίου πακέτου παροχών, το οποίο περιλαμβάνει πρόληψη, πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη. Αν και τα δημόσια νοσοκομεία είναι οι κύριοι πάροχοι υπηρεσιών ενδονοσοκομειακής περίθαλψης, ο ιδιωτικός τομέας συνεχίζει να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην παροχή εξωνοσοκομειακών και διαγνωστικών υπηρεσιών. Από το 2017, οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας έχουν επικεντρωθεί στην ενίσχυση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε επίπεδο κοινότητας, ιδίως με την επέκταση των τοπικών μονάδων υγείας και των κέντρων υγείας, προκειμένου να ενισχυθεί η πρόληψη, η προαγωγή της υγείας και η έγκαιρη διάγνωση χρόνιων παθήσεων (βλ. ενότητα 5.1).

Οι δαπάνες για την υγεία ανά κάτοικο στην Ελλάδα είναι λίγο πάνω από το μισό του μέσου όρου της ΕΕ

Παρά τις σταδιακές αυξήσεις των τελευταίων ετών, οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα παραμένουν πολύ κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ. Το 2023, οι τρέχουσες δαπάνες για την υγεία ανήλθαν στο 8,4 % του ΑΕΠ, έναντι μέσου όρου 10,0 % στην ΕΕ. Σε κατά κεφαλήν βάση, η Ελλάδα δαπάνησε 2 191 ευρώ (προσαρμοσμένα για τις διαφορές στην αγοραστική δύναμη), ποσό σημαντικά χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ που ανέρχεται σε 3 832 ευρώ (Σχήμα 8). Μετά την αύξηση των δαπανών κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 (με μέσους ετήσιους ρυθμούς αύξησης περίπου 5 % σε πραγματικούς όρους μεταξύ 2019 και 2021), οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα αναπροσαρμόστηκαν και παρουσίασαν μέση ετήσια αύξηση 1,4 % σε πραγματικούς όρους μεταξύ 2021 και 2023.

Το δημόσιο μερίδιο των δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα ανήλθε σε μόλις 61 % το 2023 – το δεύτερο χαμηλότερο ποσοστό στην ΕΕ (όπου ο μέσος όρος ήταν 80 %). Αυτό επιβαρύνει σημαντικά τα ιδιωτικά νοικοκυριά. Οι άμεσες ιδιωτικές πληρωμές (OOP) αντιπροσώπευαν το 34 % των δαπανών για την υγεία το 2023, ποσοστό που είναι από τα υψηλότερα στην ΕΕ. Τα έξοδα αυτά προέρχονται κυρίως από τη συμμετοχή των ασφαλισμένων στο κόστος των φαρμάκων και τις άμεσες πληρωμές για υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από το εθνικό πακέτο παροχών (βλ. τμήμα 5.2). Η προαιρετική ασφάλιση υγείας συνέβαλε κατά 5 % στις δαπάνες για την υγεία το 2023, με πολλά συμπληρωματικά προγράμματα να υπόσχονται

Σχήμα 8. Το μερίδιο των δαπανών για την υγεία της Ελλάδας από δημόσιες πηγές είναι από τα χαμηλότερα στην ΕΕ



Σημειώσεις: PPP = ισοτιμία αγοραστικής δύναμης. Ο μέσος όρος της ΕΕ είναι σταθμισμένος (υπολογισμένος από τον ΟΟΣΑ).

Πηγές: OECD Data Explorer (DF_SHA) · Eurostat (demo_gind) · τα στοιχεία αναφέρονται στο 2023.

ταχύτερη πρόσβαση σε ιδιωτικές διαγνωστικές υπηρεσίες ή εξειδικευμένη περίθαλψη.

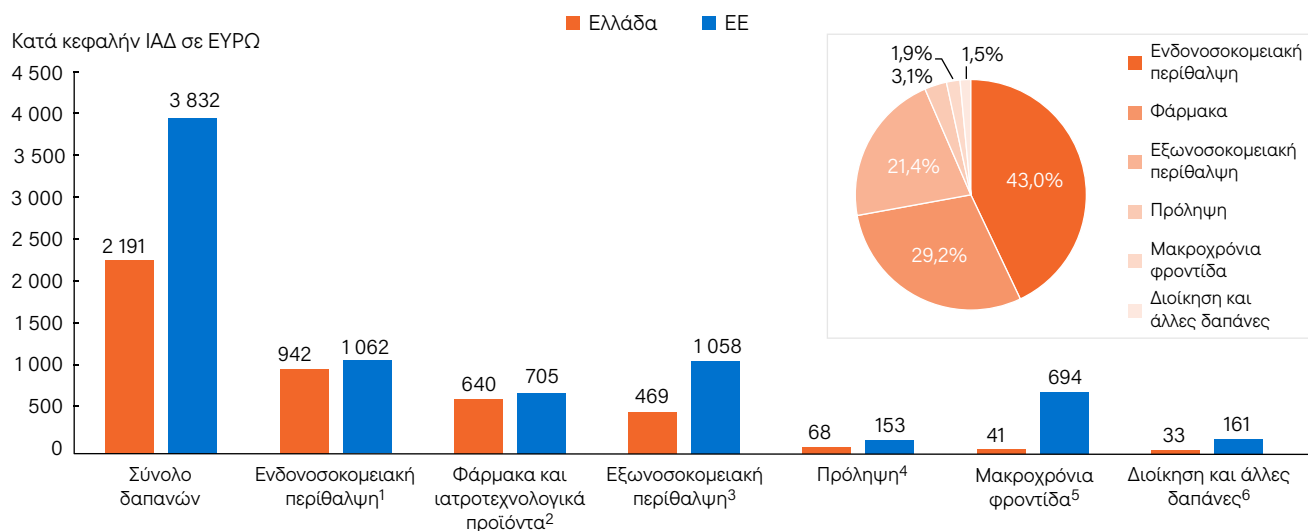
Η Ελλάδα διαθέτει το μεγαλύτερο μερίδιο των δαπανών της για την υγεία στην νοσοκομειακή φροντίδα

Η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη απορροφά το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα, τόσο σε απόλυτους αριθμούς όσο και ως ποσοστό των δαπανών για την υγεία (Σχήμα 9). Το 2023 αντιπροσώπευε το 43 % των τρεχουσών δαπανών για την υγεία – ποσοστό σημαντικά υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ, που ήταν 28 %. Το μοτίβο αυτό αντανακλά τη συνεχιζόμενη εξάρτηση από τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Αντίθετα, οι δαπάνες για την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη ήταν 21 % – πολύ χαμηλότερες από τον μέσο όρο της ΕΕ, που ήταν 28 %. Εν τω μεταξύ, τα φάρμακα και τα ιατροτεχνολογικά

προϊόντα αντιπροσώπευαν συνολικά το 29,2 % των τρεχουσών δαπανών για την υγεία, σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ, που ήταν 18 %.

Η προληπτική περίθαλψη αντιπροσώπευε ένα συγκριτικά μικρό μέρος των δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα, με ποσοστό 3 % το 2023. Αν και το ποσοστό αυτό ήταν χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (4 %), ήταν διπλάσιο από αυτό των ετών πριν από την πανδημία COVID-19 (1 % το 2019), με περίπου το ήμισυ του ποσού να εξακολουθεί να δαπανάται για προγράμματα εμβολιασμού. Οι δαπάνες για μακροχρόνια φροντίδα παραμένουν ιδιαίτερα χαμηλές, στο 2 % των τρεχουσών δαπανών για την υγεία, αντανακλώντας ένα σύστημα που παραδοσιακά προσανατολίζεται προς την οξεία νοσοκομειακή φροντίδα και την οικογενειακή υποστήριξη των ηλικιωμένων (ο μέσος όρος ΕΕ είναι 18 %).

Σχήμα 9. Οι υπηρεσίες ενδονοσοκομειακής περίθαλψης και τα φάρμακα απορροφούν το μεγαλύτερο μέρος των πόρων για την υγεία



Σημειώσεις: 1. Περιλαμβάνει θεραπευτική-αποκαταστατική περίθαλψη σε νοσοκομεία και άλλες δομές. 2. Περιλαμβάνει μόνο την εξωνοσοκομειακή αγορά. 3. Περιλαμβάνει την κατ' οίκον περίθαλψη και τις βοηθητικές υπηρεσίες (π.χ. μεταφορά ασθενών). 4. Περιλαμβάνει μόνο τις δαπάνες για οργανωμένα προγράμματα πρόληψης. 5. Περιλαμβάνει μόνο το σκέλος της υγείας. 6. Περιλαμβάνει τη διακυβέρνηση και τη διοίκηση του συστήματος υγείας και άλλες δαπάνες. Ο μέσος όρος της ΕΕ είναι σταθμισμένος (υπολογισμένος από τον ΟΟΣΑ).

Πηγές: OECD Data Explorer (DF_SHA) τα στοιχεία αναφέρονται στο 2023.

Η Ελλάδα καταγράφει υψηλό αριθμό γιατρών, αλλά πολύ μικρότερο αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού

Η Ελλάδα ανέφερε πυκνότητα ιατρών 6,6 ανά 1 000 άτομα πληθυσμού το 2023 – ένα ποσοστό πολύ υψηλό για τα πρότυπα της ΕΕ, όπου ο μέσος όρος είναι 4,3 (Σχήμα 10). Ωστόσο, τα στοιχεία αυτά περιλαμβάνουν όλους τους ιατρούς με άδεια άσκησης επαγγέλματος και όχι μόνο εκείνους που είναι επαγγελματικά ενεργοί. Επιπλέον, η Ελλάδα έχει μία από τις πιο άνισες κατανομές ειδικοτήτων στην Ευρώπη: οι γενικοί ιατροί (ΓΙ) αποτελούσαν μόνο το 6 % περίπου του ιατρικού προσωπικού το 2023 – το χαμηλότερο ποσοστό μεταξύ των χωρών της ΕΕ, όπου ο μέσος όρος είναι 19 %. Αυτή η δυσανάλογη έμφαση στην

ειδική εκπαίδευση αποτελεί από καιρό πρόκληση για τις προσπάθειες να εδραιωθεί το σύστημα σε μια ισχυρή πρωτοβάθμια περίθαλψη. Ωστόσο, ένα θετικό σημάδι είναι ότι η πυκνότητα των ΓΙ αυξήθηκε από 0,19 ανά 1 000 άτομα πληθυσμού το 2010 σε 0,38 ανά 1 000 το 2023, αντανακλώντας την πρόοδο που υποστηρίζει την επέκταση των δημόσιων δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας.

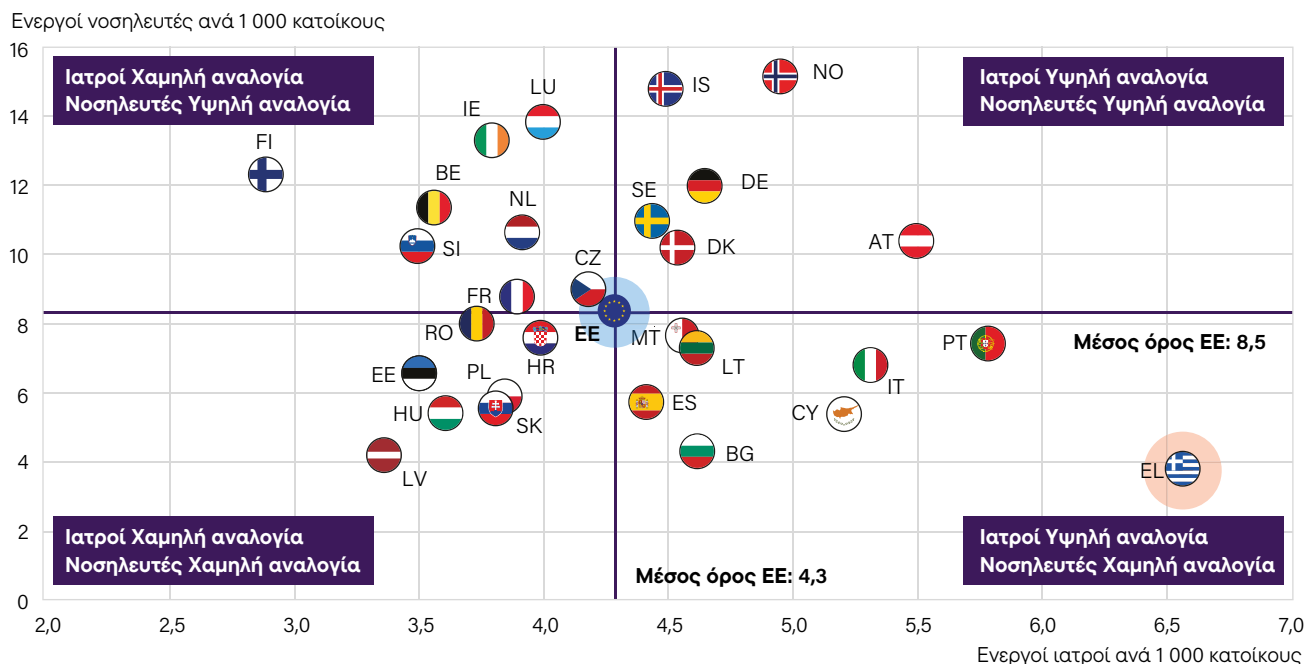
Η διαθεσιμότητα νοσηλευτών στην Ελλάδα, με 3,8 ανά 1 000 κατοίκους το 2023,¹ ήταν πολύ χαμηλότερη από τον μέσο όρο της ΕΕ (8,5), αλλά αυξήθηκε αργά την τελευταία δεκαετία, με μια ώθηση κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Ωστόσο, οι επίσημες στατιστικές καταγράφουν μόνο τους νοσηλευτές που απασχολούνται σε δημόσια

¹ Τα στοιχεία για τους νοσηλευτές στην Ελλάδα περιλαμβάνουν όλες τις κατηγορίες νοσηλευτών (όχι μόνο εκείνους που πληρούν τις προϋποθέσεις της οδηγίας της ΕΕ για την αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων, όπως αναφέρεται από την Eurostat).

νοσοκομεία, γεγονός που συσκοτίζει τον συνολικό αριθμό του εργατικού δυναμικού – ιδίως, εξαιρουμένου

του αριθμού των νοσηλευτών που εργάζονται σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Σχήμα 10. Οι επίσημες στατιστικές υπερεκτιμούν τον αριθμό των γιατρών στην Ελλάδα σε σύγκριση με τον μέσο όρο ΕΕ



Σημειώσεις: Ο μέσος όρος της ΕΕ είναι μη σταθμισμένος. Τα στοιχεία για τους νοσηλευτές περιλαμβάνουν όλες τις κατηγορίες νοσηλευτών (όχι μόνο εκείνους που πληρούν την οδηγία της ΕΕ για την αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων). Στην Πορτογαλία και την Ελλάδα, τα στοιχεία αναφέρονται σε όλους τους γιατρούς που έχουν άδεια άσκησης επαγγέλματος, με αποτέλεσμα να υπερεκτιμάται σημαντικά ο αριθμός των ενεργών γιατρών. Στην Ελλάδα, ο αριθμός των νοσηλευτών υποεκτιμάται, καθώς περιλαμβάνει μόνο εκείνους που εργάζονται σε νοσοκομεία. Πηγή: OECD Data Explorer (DF_PHYS, DF_NURSE): τα στοιχεία αναφέρονται στο 2023 ή στο πλησιέστερο διαθέσιμο έτος.

5 Απόδοση του συστήματος υγείας

5.1 Αποτελεσματικότητα

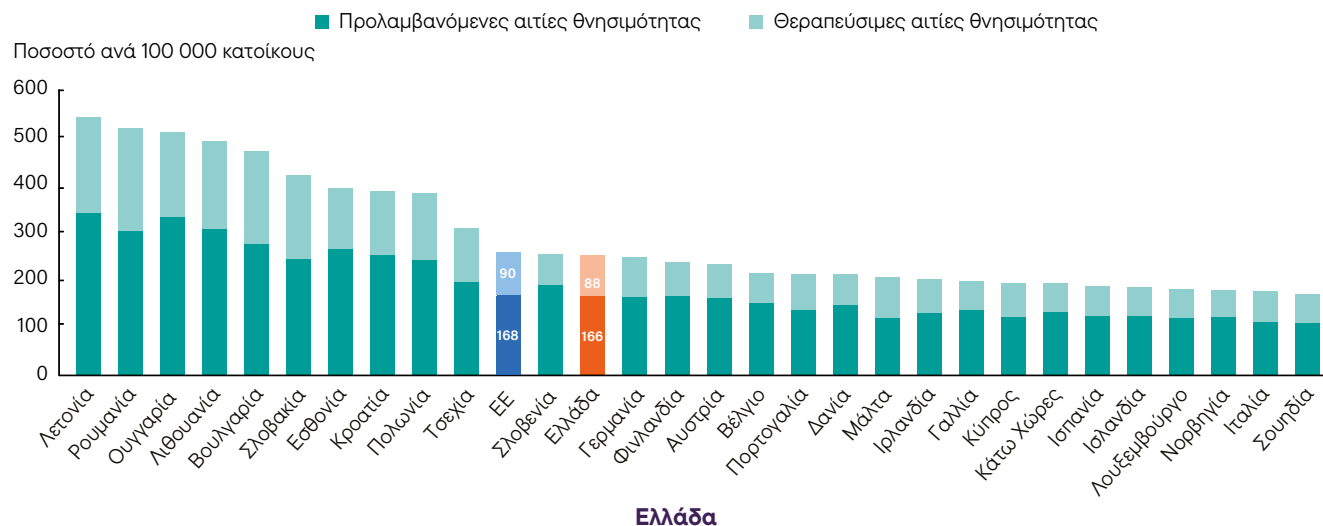
Συνολικά, η αποτρέψιμη θνησιμότητα στην Ελλάδα είναι ελαφρώς χαμηλότερη από τον μέσο όρο της ΕΕ

Το 2022, η αποτρέψιμη θνησιμότητα από προλαμβανόμενες και θεραπεύσιμες αιτίες ανήλθε συνολικά σε 252 πρόωρους θανάτους ανά 100 000 κατοίκους στην Ελλάδα, λίγο κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ.

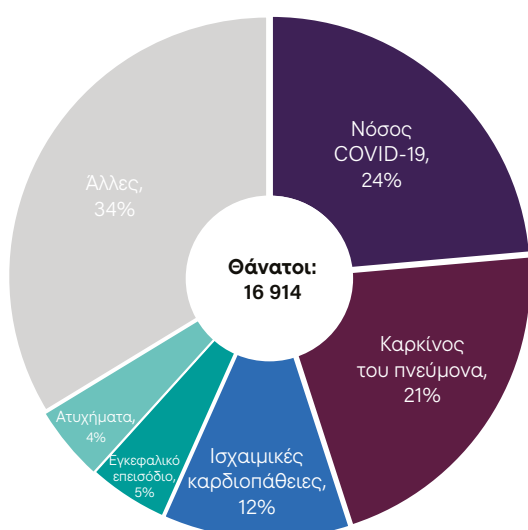
Αν και το ποσοστό των προλαμβανόμενων θανάτων στην Ελλάδα παρέμεινε κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ για αρκετά έτη, αυξήθηκε σημαντικά κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 – κατά 42 % μεταξύ 2019 και 2021. Στη συνέχεια, μειώθηκε σε 166 προλαμβανόμενους θανάτους ανά 100 000 κατοίκους το 2022, αλλά δεν έχει ακόμη επιστρέψει στα προ πανδημικά επίπεδα. Η Νόσος COVID-19 ήταν υπεύθυνη για το 24 % των θανάτων που θα μπορούσαν να προληφθούν εκείνο το έτος, ακολουθούμενη από τον καρκίνο του πνεύμονα (21 %)

και τις ισχαιμικές καρδιοπάθειες (12 %) (Σχήμα 11). Όπως σημειώνεται στην ενότητα 2, ο καρκίνος του πνεύμονα είναι μακράν η κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο στην Ελλάδα. Παρά την ενίσχυση της νομοθεσίας κατά του καπνίσματος που θεσπίστηκε το 2019, η επιβολή της απαγόρευσης του καπνίσματος σε κλειστούς χώρους τείνει να είναι αδύναμη. Η νέα νομοθεσία του 2025 αποσκοπεί στην προστασία των ανηλίκων από τις βλαβερές επιπτώσεις του καπνού και του αλκοόλ, επιβάλλοντας υποχρεωτικό έλεγχο της ηλικίας για τις αγορές και περιορίζοντας τις πωλήσεις τσιγάρων και συναφών προϊόντων —συμπεριλαμβανομένων των προϊόντων θερμαινόμενου καπνού και των παραγώγων κάνναβης— σε καταστήματα λιανικής πώλησης και αυτόματους πωλητές. Οι έλεγχοι της εμπορίας των ηλεκτρονικών τσιγάρων και των προϊόντων ατμίσματος περιλαμβάνουν την απαγόρευση των διεθνών ταχυδρομικών παραγγελιών και την υποχρέωση αναγραφής προειδοποιήσεων στη συσκευασία.

Σχήμα 11. Η Νόσος COVID-19 ήταν η κύρια αιτία των προλαμβανόμενων θανάτων στην Ελλάδα το 2022



Προλαμβανόμενες αιτίες θνησιμότητας



Θεραπεύσιμες αιτίες θνησιμότητας



Σημειώσεις: Η προλαμβανόμενη θνησιμότητα ορίζεται ως ο θάνατος που μπορεί να αποφευχθεί κυρίως μέσω παρεμβάσεων δημόσιας υγείας και πρωτογενούς πρόληψης. Η θεραπεύσιμη θνησιμότητα ορίζεται ως ο θάνατος που μπορεί να αποφευχθεί κυρίως μέσω παρεμβάσεων υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των προληπτικών εξετάσεων και της θεραπείας. Και οι δύο δείκτες αναφέρονται στην πρόωρη θνησιμότητα (κάτω των 75 ετών). Οι καταγραφές αποδίδουν το ήμισυ όλων των θανάτων από ορισμένες ασθένειες (π.χ. ισχαιμικές καρδιοπάθειες, εγκεφαλικό επεισόδιο, διαβήτη και υπέρταση) σε αιτίες προλαμβανόμενης θνησιμότητας και το άλλο ήμισυ σε θεραπεύσιμες αιτίες, επομένως δεν υπάρχει διπλή καταμέτρηση του ίδιου θανάτου.

Πηγή: Eurostat (hlth_cd_apr)· τα στοιχεία αναφέρονται στο 2022.

Η ισχαιμική καρδιακή νόσος και το εγκεφαλικό επεισόδιο, μαζί με τον καρκίνο του παχέος εντέρου και του μαστού, ευθύνονται για πάνω από το ήμισυ των πρόωρων θανάτων από θεραπεύσιμες αιτίες

Οι θάνατοι από θεραπεύσιμες αιτίες είναι πρόωροι θάνατοι που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί μέσω έγκαιρων και αποτελεσματικών παρεμβάσεων υγειονομικής περίθαλψης. Την τελευταία δεκαετία, το ποσοστό στην Ελλάδα παρουσίασε μια κυμαινόμενη πτωτική τάση παρόμοια με τον μέσο όρο ΕΕ. Μετά από μια μικρή αύξηση κατά τη διάρκεια της πανδημίας, το 2022 το ποσοστό αυτό ήταν 86 ανά 100 000 κατοίκους. Ενώ ο ορθοκοιλικός καρκίνος (12 %) και ο καρκίνος του μαστού (10 %) είναι οι κύριοι παράγοντες, οι ισχαιμικές καρδιοπάθειες (23 %) και το εγκεφαλικό επεισόδιο (10 %)

ευθύνονται για το ένα τρίτο του συνόλου των θανάτων από θεραπεύσιμες αιτίες.

Η κυβέρνηση ανταποκρίθηκε με προληπτικές εξετάσεις για καρδιαγγειακές παθήσεις (δωρεάν επίσκεψη σε γιατρό και δωρεάν εξετάσεις λιπιδίων στο αίμα), που προσφέρθηκαν σε 5,5 εκατομμύρια άτομα ηλικίας 30-70 ετών στο πλαίσιο του Εθνικού Προγράμματος Πρόληψης. Επιπλέον, δημιουργήθηκε ένα εθνικό δίκτυο 19 μονάδων εντατικής θεραπείας, ειδικά για τη βελτίωση της πρόληψης και της θεραπείας των ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, τη μείωση των ποσοστών θνησιμότητας και τη μείωση της διάρκειας των νοσηλείων. Οι μονάδες στελεχώνονται από ένα ευρύ φάσμα ιατρικών ειδικών, καθώς και νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό.

Πλαίσιο 1. Βελτιωμένα προγράμματα προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο βρίσκονται σε εξέλιξη

Στο πλαίσιο του σχεδίου «Προλαμβάνω», το ενισχυμένο εθνικό πρόγραμμα προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού προσφέρει δωρεάν ετήσια μαστογραφία για γυναίκες ηλικίας 45-74 ετών, με υπερηχογράφημα και εξετάσεις παρακολούθησης, εάν χρειαστεί. Μέχρι τον Νοέμβριο του 2024, είχαν πραγματοποιηθεί 480 000 μαστογραφίες και 16 500 υπερηχογραφήματα, εντοπίζοντας πάνω από 29 000 περιπτώσεις που απαιτούσαν περαιτέρω διερεύνηση και υπογραμμίζοντας τον ρόλο του προγράμματος στην έγκαιρη διάγνωση (European Observatory on Health Systems and Policies, 2025). Για τη μείωση των γεωγραφικών ανισοτήτων, κινητές ιατρικές μονάδες με διαγνωστικά εργαλεία και εκπαιδευμένο προσωπικό θα εξυπηρετούν περιοχές που είναι δύσκολα προσβάσιμες. Το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης έχει αυξήσει τα ποσοστά συμμετοχής — τα οποία είναι 26,5 % μεταξύ των χρηστών της εφαρμογής σε σύγκριση με 5 % μεταξύ των μη χρηστών— με την αποστολή υπενθυμίσεων και την προώθηση έγκαιρων παραπομπών.

Τον Μάιο του 2024, ξεκίνησε ένα πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, το οποίο απευθύνεται σε 2,5 εκατομμύρια γυναίκες ηλικίας 21-65 ετών και προσφέρει τεστ Παπανικολάου κάθε τρία χρόνια (για τις ηλικίες 21-29) και τεστ DNA για τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων κάθε πέντε χρόνια (για τις ηλικίες 30-65), με επακόλουθες επισκέψεις σε γιατρό, εάν χρειαστεί. Ο προληπτικός έλεγχος θα επεκταθεί και στον ορθοκολικό καρκίνο, με στόχο την εξέταση και την διαγνωστική κολονοσκόπηση 2,8 εκατομμυρίων ατόμων ηλικίας 50-65 ετών. (European Observatory on Health Systems and Policies, 2024 · ΟΟΣΑ/Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2025).

Τα εθνικά προγράμματα προληπτικού ελέγχου έχουν προτεραιότητα και υποστηρίζονται από χρηματοδότηση της ΕΕ

Οι δραστηριότητες προληπτικού ελέγχου στην Ελλάδα παραμένουν κατακερματισμένες, με τις περισσότερες εξετάσεις να διεξάγονται ευκαιριακά στον ιδιωτικό τομέα. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Έρευνα Υγείας (EHIS) του 2019 (τα πιο πρόσφατα διαθέσιμα στοιχεία), το 66 % των γυναικών ηλικίας 50-69 ετών υποβλήθηκε σε προληπτικό έλεγχο για καρκίνο του μαστού τα δύο προηγούμενα έτη, ενώ το 73 % των γυναικών ηλικίας 20-69 ετών υποβλήθηκε σε προληπτικό έλεγχο για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας κατά την ίδια περίοδο – και τα δύο ποσοστά είναι υψηλότερα από τους μέσους όρους της ΕΕ. Ωστόσο, τα ποσοστά προληπτικού ελέγχου για τον ορθοκολικό καρκίνο ήταν σημαντικά χαμηλότερα: μόνο το 10 % των ατόμων ηλικίας 50-74 ετών είχε υποβληθεί σε προληπτικό έλεγχο τα τελευταία δύο χρόνια, σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ που είναι 33 %. Το 2024, η Ελλάδα εφάρμοσε το πρόγραμμα δημόσιας υγείας «Προλαμβάνω» στο πλαίσιο του ευρύτερου Εθνικού Προγράμματος Πρόληψης «Σπύρος Δοξιάδης», το οποίο χρηματοδοτείται από τον Μηχανισμό Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας της ΕΕ έως τον Δεκέμβριο του 2025. Το πρόγραμμα αυτό περιλαμβάνει προγράμματα προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, του μαστού και του παχέος εντέρου (Πλαίσιο 1), καθώς και προληπτικές εξετάσεις για καρδιαγγειακά νοσήματα.

Συνεχίζονται οι δραστηριότητες για την παρακολούθηση και τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης

Τα τελευταία έτη έχουν δρομολογηθεί διάφορες στοχευμένες πρωτοβουλίες για τη βελτίωση

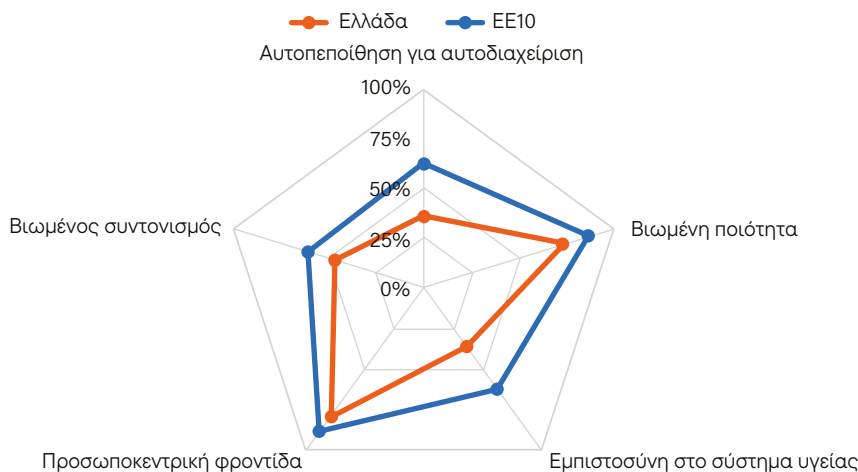
της παρακολούθησης της ποιότητας. Σε αυτές περιλαμβάνονται ο Εθνικός Οργανισμός Διασφάλισης Ποιότητας στην Υγεία, ο οποίος ανέπτυξε την Εθνική Στρατηγική για την Ποιότητα της Φροντίδας και την Ασφάλεια των Ασθενών 2025-30 με εργαλεία αξιολόγησης και σχεδιασμού, το Εθνικό Μητρώο Καρκίνου, το οποίο υποστηρίζει τη διάγνωση και τη διασφάλιση της ποιότητας, και τα μητρώα σπάνιων ασθενειών, τα οποία υποστηρίζουν την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της θεραπείας.

Η Ελλάδα αντιμετώπισε προκλήσεις στην παροχή υψηλής ποιότητας πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε δημόσιες εγκαταστάσεις, όπως έλλειψη προσωπικού και εξοπλισμού, καθώς και ασαφείς ρόλους και ανεπαρκή κατάρτιση των γενικών ιατρών και του λοιπού προσωπικού. Από το 2017, οι μεταρρυθμίσεις στοχεύουν στην ενίσχυση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης μέσω της επέκτασης του εθνικού δικτύου τοπικών μονάδων υγείας και της βελτίωσης των υπηρεσιών, ιδίως για την υποστήριξη της πρόληψης και της διαχείρισης χρόνιων παθήσεων. Με την εισαγωγή του συστήματος «προσωπικού γιατρού» το 2022, οι γενικοί ιατροί καθιερώθηκαν ως το πρώτο σημείο επαφής για τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης (βλ. ενότητα 5.2). Σύμφωνα με τις έρευνες του ΟΟΣΑ για τους δείκτες που αναφέρουν οι ασθενείς (PaRIS) του 2025, οι οποίες αξιολογούν τα αποτελέσματα και τις εμπειρίες περίθαλψης ατόμων ηλικίας 45 ετών και άνω με χρόνιες παθήσεις, η Ελλάδα εξακολουθεί να αντιμετωπίζει προκλήσεις όσον αφορά την εμπειρία των χρηστών (Σχήμα 12). Ενώ το 74 % των ερωτηθέντων αξιολόγησε την περίθαλψή του ως καλή και το 79 % θεώρησε ότι το σύστημα ήταν προσωποκεντρικό, και τα δύο ποσοστά είναι πολύ χαμηλότερα από τους μέσους όρους της έρευνας (97 %). Μόνο το 47 % ανέφερε αποτελεσματικό συντονισμό της περίθαλψης και μόλις το 37 % αισθάνθηκε

σίγουρο για τη διαχείριση της υγείας του. Η συνέχεια της περίθαλψης θα μπορούσε επίσης να βελτιωθεί: μόνο το 43 % των ατόμων με πολλαπλές χρόνιες παθήσεις είχαν τον ίδιο πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης για πάνω από πέντε έτη (σε σύγκριση με τον μέσο όρο του 58 %).

Ωστόσο, το 81 % των ατόμων με τρεις ή περισσότερες χρόνιες παθήσεις στην Ελλάδα είχαν υποβληθεί σε επανεξέταση της φαρμακευτικής τους αγωγής κατά το προηγούμενο έτος, ποσοστό που υπερβαίνει τον μέσο όρο του 75 % (ΟΟΣΑ, 2025).

Σχήμα 12. Οι προκλήσεις για τη βελτίωση της ποιότητας περιλαμβάνουν τον καλύτερο συντονισμό της περίθαλψης για ασθενείς με χρόνιες παθήσεις



Σημείωση: Οι τιμές αναφέρονται στο ποσοστό των ατόμων που αναφέρουν θετικές εμπειρίες.

Πηγή: Βάση δεδομένων OECD PaRIS 2024.

Στον τομέα των νοσοκομείων, η Ελλάδα έχει αναπτύξει το Ψηφιακό Εργαλείο Αξιολόγησης της Εμπειρίας των Ασθενών, το οποίο καταγράφει τις απόψεις των ασθενών σχετικά με την ποιότητα της περίθαλψης στα δημόσια νοσοκομεία, παρέχοντας ανατροφοδότηση σε πραγματικό χρόνο για την καθοδήγηση της βελτίωσης του συστήματος υγείας. Το εργαλείο τέθηκε σε λειτουργία τον Ιούλιο του 2025, καλύπτοντας 109 δημόσια νοσοκομεία και 576 κλινικές, με προγραμματισμένη επέκταση σε ογκολογικά και παιδιατρικά νοσοκομεία και κλινικές, καθώς και σε τμήματα επειγόντων περιστατικών νοσοκομείων, μόλις τα ερωτηματολόγια προσαρμοστούν στις συγκεκριμένες ανάγκες. Οι επιλέξιμοι ασθενείς (ηλικίας 18 ετών και άνω που έχουν νοσηλευτεί για τουλάχιστον μία ημέρα) λαμβάνουν μετά την έξοδο από το νοσοκομείο ένα SMS με έναν μοναδικό σύνδεσμο προς ένα ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο 35 ερωτήσεων που καλύπτει βασικές πτυχές της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης.

διακυμάνσεις μεταξύ των περιφερειών (από 16 % έως 29 %). Τα ποσοστά ήταν ακόμη πιο έντονα μεταξύ των ατόμων που διατρέχουν κίνδυνο φτώχειας: το 32,3 % των ατόμων αυτής της ομάδας που εξέφρασαν ανάγκη για ιατρική περίθαλψη ανέφεραν ότι παραιτήθηκαν από την περίθαλψη που χρειαζόνταν, σε σύγκριση με το 6,0 % σε ολόκληρη την ΕΕ. Οι ίδιες ανισότητες με βάση το εισόδημα όσον αφορά τις ανεκπλήρωτες ανάγκες αναπαράχθηκαν και ενισχύθηκαν στα αποτελέσματα της έρευνας για την οδοντιατρική περίθαλψη. Στην Ελλάδα, το 27,1 % των ερωτηθέντων που δήλωσαν ότι είχαν ανάγκη οδοντιατρικής περίθαλψης ανέφεραν ανεκπλήρωτες ανάγκες λόγω κόστους, χρόνων αναμονής ή απόστασης που έπρεπε να διανύσουν, και το 52,8 % προέρχονταν από νοικοκυριά που διατρέχουν κίνδυνο φτώχειας (Σχήμα 13). Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν τις επιζήμιες επιπτώσεις των κενών κάλυψης, των υψηλών πληρωμών από τον ασθενή και των μακρών λιστών αναμονής για υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα, ιδίως στις αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές.

5.2 Προσβασιμότητα

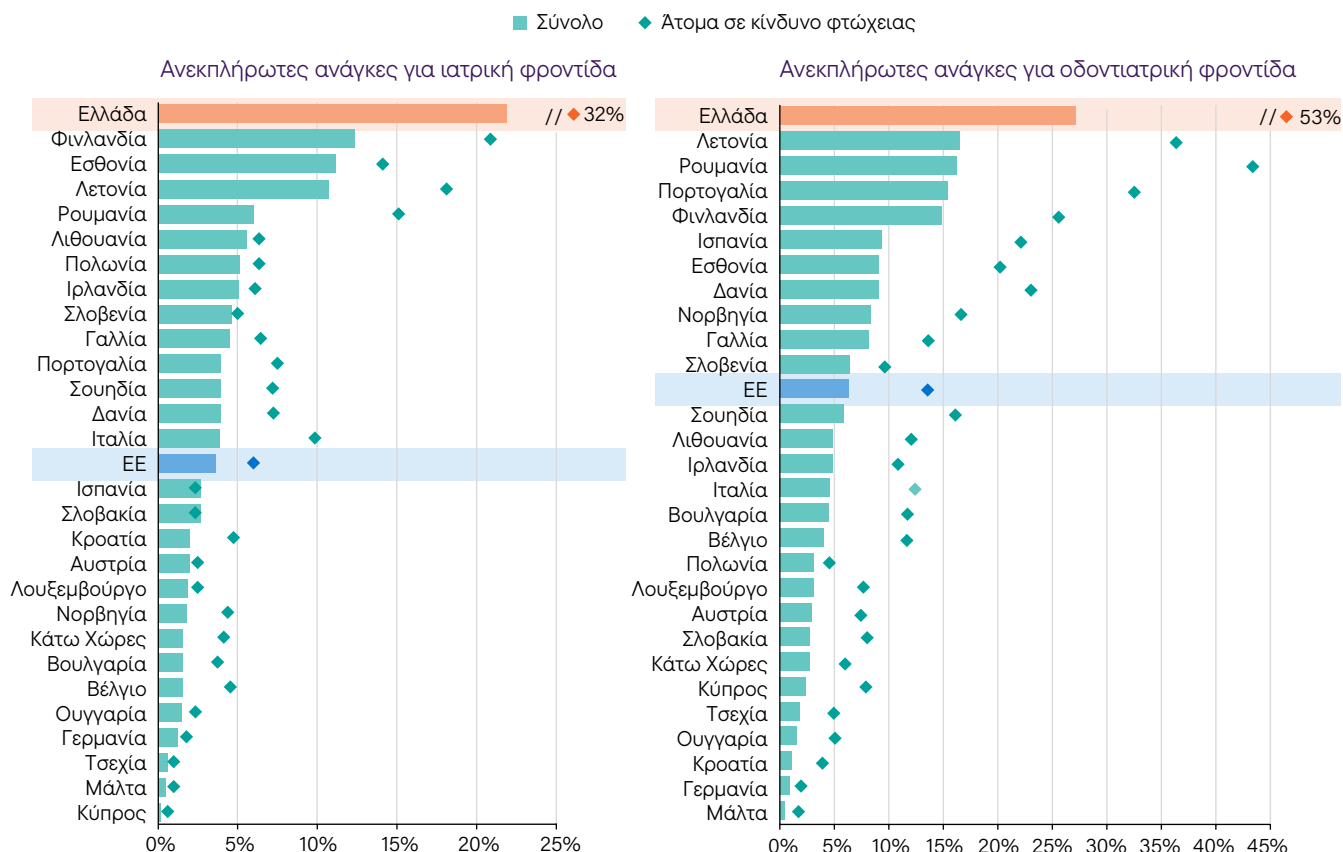
Η Ελλάδα καταγράφει μακράν τα υψηλότερα ποσοστά ανεκπλήρωτων αναγκών για ιατρική και οδοντιατρική περίθαλψη στην ΕΕ

Σύμφωνα με την έρευνα EU-SILC, το 2024, το 21,9 % του ελληνικού πληθυσμού που εξέφρασε ανάγκη για υγειονομική περίθαλψη ανέφερε ότι οι ανάγκες του δεν καλύφθηκαν λόγω κόστους, απόστασης ή χρόνων αναμονής. Αυτό ήταν μακράν το υψηλότερο ποσοστό μεταξύ των χωρών της ΕΕ και έξι φορές υψηλότερο από τον μέσο όρο ΕΕ (3,6 %) (Σχήμα 13), με σημαντικές

Η δημόσια κάλυψη ορισμένων παροχών, όπως η οδοντιατρική περίθαλψη, είναι περιορισμένη

Η κάλυψη του πληθυσμού είναι ουσιαστικά καθολική στην Ελλάδα, αν και μπορεί να υπάρχουν κενά στην άμεση πρόσβαση σε ορισμένες υπηρεσίες. Οι μετανάστες χωρίς έγγραφα διατηρούν μόνο περιορισμένα δικαιώματα για επείγουσα θεραπεία, όπως για καταστάσεις που απειλούν τη ζωή και μεταδοτικές ασθένειες. Αν και το πακέτο παροχών που χρηματοδοτείται από τον ΕΟΠΥΥ είναι αρκετά ολοκληρωμένο, η δημόσια κάλυψη της οδοντιατρικής περίθαλψης είναι πολύ περιορισμένη. Από το 2011, η απουσία συμβάσεων μεταξύ του ασφαλιστικού

Σχήμα 13. Τα άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο φτώχειας στην Ελλάδα αναφέρουν πολύ υψηλότερες ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρική και οδοντιατρική περίθαλψη



Σημειώσεις: Ο μέσος όρος της ΕΕ είναι σταθμισμένος. Τα στοιχεία αφορούν μόνο άτομα που δήλωσαν ότι έχουν ανάγκες ιατρικής ή οδοντιατρικής περίθαλψης. Ως άτομα σε κίνδυνο φτώχειας ορίζονται εκείνα με ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα κάτω του 60 % του εθνικού διάμεσου διαθέσιμου εισοδήματος.

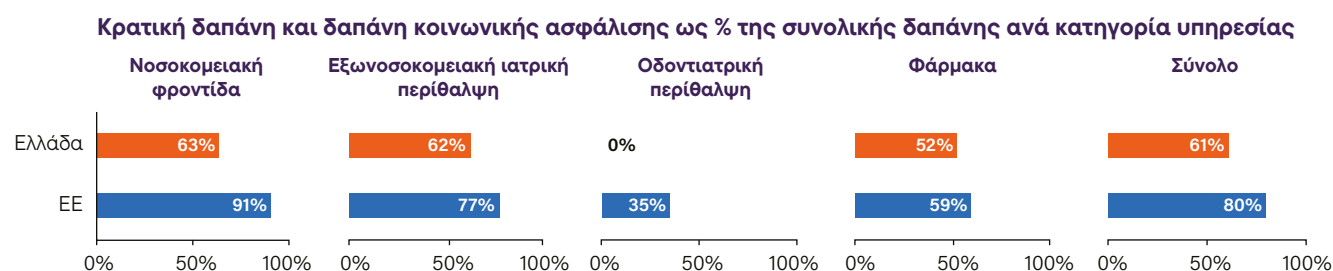
Πηγή: Eurostat (hlth_silc_08b): τα στοιχεία αφορούν το 2024.

ταμείου και των ιδιωτικών οδοντιάτρων, καθώς και το περιορισμένο προσωπικό και η περιορισμένες δυνατότητες των δημόσιων δομών, σημαίνει ότι στην πράξη όλη η οδοντιατρική περίθαλψη πληρώνεται από τον ασθενή. Στο πλαίσιο του εθνικού προγράμματος πρόληψης «Σπύρος Δοξιάδης», που χρηματοδοτείται από την ΕΕ, το 2023-24 εισήχθη ένα ηλεκτρονικό κουπόνι οδοντιάτρου αξίας 40 ευρώ για παιδιά ηλικίας 6-12 ετών,

το οποίο καλύπτει μέρος ή το σύνολο του κόστους μιας επίσκεψης σε ιδιωτικό οδοντίατρο για έλεγχο, στοματική υγιεινή, φθορίωση και καθαρισμό δοντιών.

Το 2023, περίπου τα δύο τρίτα της νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής ιατρικής περίθαλψης χρηματοδοτούνταν από το δημόσιο, ενώ για τα εξωνοσοκομειακά φάρμακα και τα ιατρικά μη διαρκή αναλώσιμα, η δημόσια

Σχήμα 14. Στην Ελλάδα, το μερίδιο της δημόσιας χρηματοδότησης για όλες τις κατηγορίες υπηρεσιών είναι μικρότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ



Σημειώσεις: Οι εξωνοσοκομειακές ιατρικές υπηρεσίες αναφέρονται κυρίως σε υπηρεσίες που παρέχονται από γενικούς και ειδικούς ιατρούς εκτός νοσοκομείου. Τα φαρμακευτικά προϊόντα περιλαμβάνουν συνταγογραφούμενα και μη συνταγογραφούμενα φάρμακα και μη διαρκή ιατρικά αγαθά. Τα δεδομένα για την Ελλάδα δείχνουν 0% για την οδοντιατρική περίθαλψη. Ο μέσος όρος της ΕΕ είναι μη σταθμισμένος.

Πηγή: OECD Data Explorer (DF_SHA). Τα δεδομένα αναφέρονται στο 2023.

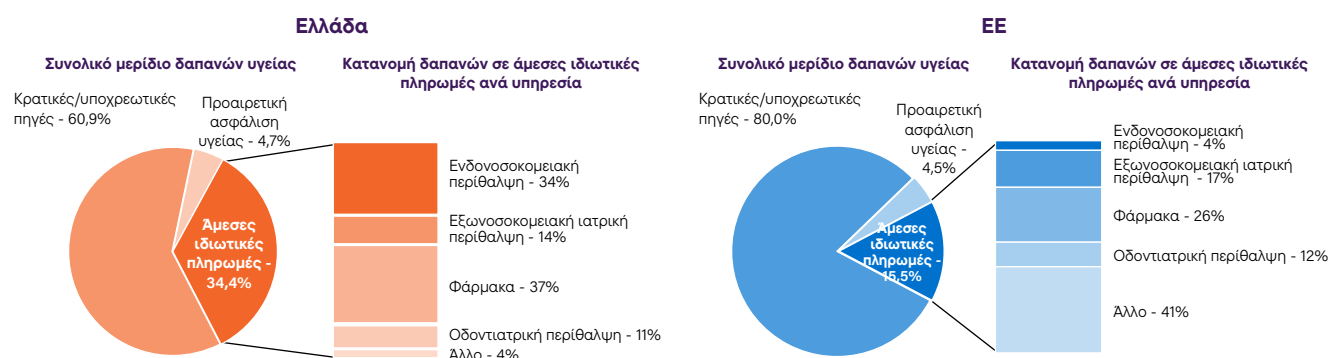
χρηματοδότηση ανήλθε μόλις στο ήμισυ του συνόλου των δαπανών. Αυτά τα μερίδια είναι όλα χαμηλότερα από τους μέσους όρους της ΕΕ (Σχήμα 14). Άλλα εμπόδια που μπορεί να περιορίζουν την προσβασιμότητα είναι τα μηνιαία ανώτατα όρια στον αριθμό των επισκέψεων σε ιατρούς που αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ, στις παραπομπές για διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις και στις συνταγές φαρμάκων από ιατρούς που δεν είναι εγγεγραμμένοι ως προσωπικοί ιατροί και από ιατρούς ειδικοτήτων.

Τα φάρμακα και η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη είναι οι κύριοι παράγοντες που οδηγούν σε δαπάνες που καλύπτονται από τον ασθενή

Οι άμεσες πληρωμές που καταβάλλονται από τους ασθενείς είναι σημαντικές στην Ελλάδα, αντιπροσωπεύοντας το 34 % των τρεχουσών δαπανών για την υγεία το 2023 – σχεδόν το διπλάσιο του μέσου όρου της ΕΕ (Σχήμα 15). Οι συνεισφορές επιβάλλονται σε διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις, φάρμακα για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και επισκέψεις σε ιδιωτικούς παρόχους που έχουν συμβληθεί με τον ΕΟΠΥΥ, αλλά το

μεγαλύτερο μέρος των δαπανών που καταβάλλονται από τους ασθενείς αφορά άμεσες πληρωμές για υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από το πακέτο παροχών ή που λαμβάνονται από τον ιδιωτικό τομέα. Μειωμένα ποσοστά συμμετοχής ή εξαιρέσεις ισχύουν για ορισμένα φάρμακα για συγκεκριμένες παθήσεις και ομάδες πληθυσμού (όπως συνταξιούχοι με χαμηλό εισόδημα), αλλά δεν υπάρχει ετήσιο ανώτατο όριο για το συνολικό ποσό συμμετοχής (Περιφερειακό Γραφείο της ΠΟΥ για την Ευρώπη, 2025). Πάνω από το ένα τρίτο (37 %) του συνόλου των άμεσων δαπανών από τους ασθενείς το 2023 αφορούσε φάρμακα και ιατρικά βοηθήματα, ενώ η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη ήταν επίσης ένας σημαντικός παράγοντας αυτών των ιδιωτικών δαπανών: με ποσοστό 34 %, αποτελεί μακράν το υψηλότερο ποσοστό άμεσων δαπανών από τους ασθενείς για νοσοκομειακή φροντίδα στην ΕΕ. Δεδομένης της έλλειψης δημόσιας κάλυψης, το σχετικά χαμηλό ποσοστό άμεσων δαπανών από τους ασθενείς για οδοντιατρικές υπηρεσίες πιθανόν αντανακλά τα πολύ υψηλά ποσοστά αναφερόμενων ανεκπλήρωτων αναγκών για οδοντιατρική περίθαλψη.

Σχήμα 15. Στην Ελλάδα, οι άμεσες ιδιωτικές πληρωμές αντιπροσωπεύουν λίγο περισσότερο από το ένα τρίτο του συνόλου των δαπανών για την υγεία



Σημειώσεις: Ο όρος VHI αναφέρεται στην προαιρετική ασφάλιση υγείας, η οποία περιλαμβάνει και άλλα προαιρετικά συστήματα προπληρωμής. Ο μέσος όρος της ΕΕ είναι σταθμισμένος.

Πηγή: OECD Data Explorer (DF_SHA): τα στοιχεία αναφέρονται στο 2023.

Σχεδόν ένα στα δέκα ελληνικά νοικοκυριά αντιμετωπίζει καταστροφικά επίπεδα δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη

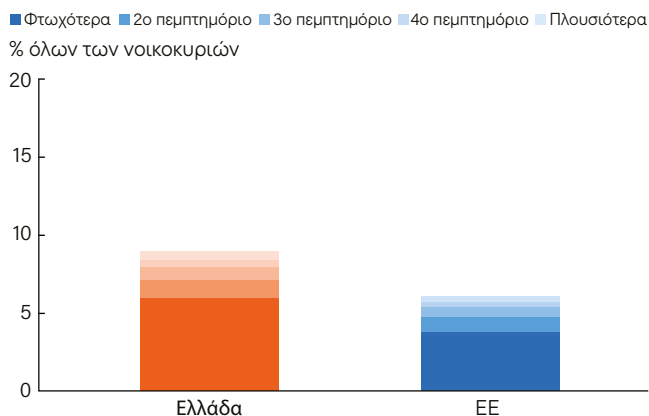
Το 2023, το 9,5 % των ελληνικών νοικοκυριών αντιμετώπισε καταστροφικές δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη,² ποσοστό υψηλότερο από τον μέσο όρο των χωρών της ΕΕ (6,4 %) (Σχήμα 16). Ο μεγαλύτερος παράγοντας που οδηγεί σε καταστροφικές δαπάνες για την υγεία είναι οι άμεσες πληρωμές των πολιτών για φάρμακα – ιδίως για τα νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα, τα οποία αντιπροσωπεύουν πάνω από το ήμισυ του συνόλου των καταστροφικών δαπανών (Chletsos & Economou C, 2025).

Το πρόγραμμα «προσωπικός γιατρός» έχει σχεδιαστεί για να βελτιώσει την πρόσβαση στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης

Από το 2017, η Ελλάδα έχει επεκτείνει το δίκτυο των τοπικών μονάδων και κέντρων υγείας για να βελτιώσει την πρόσβαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Το σύστημα του «προσωπικού γιατρού», που εισήχθη το 2022 και ενισχύθηκε το 2024, απαιτεί από όλους τους ενήλικες να εγγραφούν σε έναν γιατρό που τους καθοδηγεί στο σύστημα υγείας, τους παρέχει θεραπεία και πρόσθετες υπηρεσίες, όπως προληπτική περίθαλψη. Αρχικά, οι ασθενείς μπορούσαν να επιλέξουν δημόσιους ή ιδιωτικούς γιατρούς συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ, αλλά η έλλειψη δημόσιων γιατρών και η περιορισμένη συμμετοχή

² Οι καταστροφικές δαπάνες ορίζονται ως οι δαπάνες των νοικοκυριών που υπερβαίνουν το 40 % των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών, εξαιρουμένων των αναγκών διαβίωσης (δηλ. τροφή, στέγαση και υπηρεσίες κοινής ωφέλειας).

Σχήμα 16. Οι καταστροφικές δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τα φτωχότερα νοικοκυριά



Πηγή: Γραφείο της Βαρκελώνης για τη Χρηματοδότηση των Συστημάτων Υγείας του ΠΟΥ.

ιδιωτικών γιατρών οδήγησαν στις μεταρρυθμίσεις του 2024. Αυτό διευρύνει τα κριτήρια επιλεξιμότητας ώστε να συμπεριληφθούν ως προσωπικοί γιατροί οι γιατροί της υπαίθρου, οι ιδιωτικοί γενικοί γιατροί και οι παθολόγοι. Από την 1η Ιουνίου 2025, οι ενήλικες που δεν είχαν εγγραφεί εγγράφηκαν αυτόματα. Τα παιδιά κάτω των 16 ετών μπορούν να εγγραφούν εθελοντικά σε έναν «προσωπικό παιδίατρο». Επιπλέον, για την ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού, προσφέρονται στους νέους γιατρούς εφάπαξ επιχορηγήσεις ύψους έως 40 000 ευρώ για να εκπαιδευτούν στη γενική/οικογενειακή ιατρική ή στην παθολογία, με την προϋπόθεση ότι θα ενταχθούν στο δίκτυο των προσωπικών γιατρών όταν αποκτήσουν την ειδικότητα.

Η επέκταση των ψηφιακών υπηρεσιών θα ενισχύσει το δίκτυο τηλεϊατρικής

Το Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής της Ελλάδας, γνωστό ως EDIT, έχει ως στόχο τη βελτίωση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη για τους κατοίκους απομακρυσμένων και νησιωτικών περιοχών σε ολόκληρη τη χώρα. Μια σημαντική επέκταση ξεκίνησε κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 και αναμένεται να ολοκληρωθεί έως τα μέσα του 2026. Το 2024, οκτώ υπάρχουσες υγειονομικές εγκαταστάσεις μετατράπηκαν σε πανεπιστημιακά κέντρα υγείας, συνδεδεμένα με το δίκτυο. Χρηματοδοτούμενο μέσω του Μηχανισμού Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας, το EDIT θα περιλαμβάνει 305 σταθμούς τηλεϊατρικής για διαδικτυακές συναντήσεις μεταξύ γιατρών και ασθενών, 35 σταθμούς τηλεϊατρικής για ειδικούς γιατρούς και πάνω από 3000 «τερματικά οικιακής φροντίδας» για την ενίσχυση της συνέχειας της φροντίδας. Το δίκτυο θα παρέχει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών τηλε-υγείας, όπως υπηρεσίες τηλεφωνικής εφημερίας, απομακρυσμένη διάγνωση και παρακολούθηση ασθενών. Η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης το 2022 ενίσχυσε επίσης την πρόσβαση στα φάρμακα, ιδίως για τα άτομα με χρόνιες παθήσεις ή που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές. Οι εγγεγραμμένοι ασθενείς

μπορούν να λαμβάνουν τις συνταγές τους ηλεκτρονικά μέσω SMS ή email, μεταξύ άλλων μέσω της εφαρμογής MyHealth (βλ. ενότητα 5.3).

5.3 Ανθεκτικότητα

Η ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας – η ικανότητα προετοιμασίας, διαχείρισης (απορρόφησης, προσαρμογής και μετασχηματισμού) και μάθησης από κλυδωνισμούς και διαρθρωτικές αλλαγές – έχει καταστεί κεντρική προτεραιότητα της πολιτικής ημερήσιας διάταξης. Στις βασικές προτεραιότητες περιλαμβάνονται η ελάφρυνση των πιέσεων στην παροχή υπηρεσιών, η ενίσχυση των υποδομών υγείας και της ικανότητας του ανθρώπινου δυναμικού, η προσαρμογή των στρατηγικών ετοιμότητας για την αντιμετώπιση κρίσεων, η υποστήριξη της ψηφιακής καινοτομίας και η διασφάλιση της μακροχρόνιας βιωσιμότητας.

Η δυναμικότητα των νοσοκομείων ποικίλλει σημαντικά στην Ελλάδα, αλλά οι χρόνοι αναμονής αποτελούν το κύριο πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπιστεί

Ο νοσοκομειακός τομέας της Ελλάδας κυριαρχεί στις δαπάνες για την υγεία και την παροχή υπηρεσιών (βλ. τμήμα 4). Ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών παρέμεινε σχετικά σταθερός την τελευταία δεκαετία και ανήλθε σε 4,2 ανά 1 000 άτομα πληθυσμού το 2023, χαμηλότερος από τον μέσο όρο της ΕΕ που είναι 5,1 κλίνες ανά 1 000 άτομα πληθυσμού. Ωστόσο, η κατανομή τους στην επικράτεια είναι άνιση, με σχεδόν τριπλάσια διαφορά μεταξύ του αριθμού των κλινών στις περιφέρειες με την υψηλότερη και τη χαμηλότερη συγκέντρωση. Τα αγροτικά νοσοκομεία λειτουργούν συχνά κάτω από το 50 % της δυναμικότητάς τους, ενώ τα αστικά πανεπιστημιακά και τριτοβάθμια νοσοκομεία υπερβαίνουν συνήθως το 90 % της πληρότητας, με ορισμένα τμήματα υψηλής πίεσης να ξεπερνούν το 100 %, γεγονός που οδηγεί σε υπερπληθυσμό και μεγάλους χρόνους αναμονής (Υπουργείο Υγείας, 2025). Μια σημαντική πρωτοβουλία για τη μείωση των χρόνων αναμονής ήταν η ενοποίηση όλων των λιστών αναμονής των νοσοκομείων σε μία ενιαία λίστα αναμονής (Πλαίσιο 2).

Μια άλλη πρωτοβουλία που απευθύνεται σε ασθενείς που περιμένουν περισσότερο από τέσσερις μήνες για προγραμματισμένες χειρουργικές επεμβάσεις εισήχθη το 2024, η οποία επιτρέπει τη διεξαγωγή ιδιωτικών χειρουργικών επεμβάσεων το απόγευμα σε δημόσια νοσοκομεία. Οι ασθενείς αγοράζουν απευθείας τη χειρουργική επέμβαση και επιλέγουν τον γιατρό τους, παρακάμπτοντας την υπάρχουσα λίστα αναμονής στο δημόσιο σύστημα, όπου οι επεμβάσεις πραγματοποιούνται κατά τις κανονικές (πρωινές) ώρες λειτουργίας του δημόσιου νοσοκομείου. Η πληρωμή που καταβάλλουν οι ασθενείς ποικίλλει ανάλογα με την πολυπλοκότητα της χειρουργικής επέμβασης, με τιμές συνήθως χαμηλότερες από τις αντίστοιχες επεμβάσεις στον ιδιωτικό τομέα. Οι πρώτες 37 500 απογευματινές

Πλαίσιο 2. Μια ψηφιοποιημένη πλατφόρμα με στόχο τη βελτίωση των χρόνων αναμονής για χειρουργικές επεμβάσεις σε δημόσια νοσοκομεία

Η Ενιαία Ψηφιακή Λίστα Χειρουργικών Επεμβάσεων, που ξεκίνησε το 2024, συγκεντρώνει τις λίστες αναμονής για χειρουργικές επεμβάσεις στα κρατικά νοσοκομεία σε μια ενιαία ηλεκτρονική πλατφόρμα, επιτρέποντας την παρακολούθηση σε πραγματικό χρόνο. Η ενοποίηση των ξεχωριστών λιστών αναμονής που διατηρούσαν τα μεμονωμένα νοσοκομεία επέτρεψε την εξάλειψη των διπλών εγγραφών και την αφαίρεση των ασθενών που είχαν ήδη εξυπηρετηθεί σε άλλες εγκαταστάσεις. Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας, αυτό είχε ως αποτέλεσμα μια προκαταρκτική μείωση των χρόνων αναμονής κατά 40-45 % (Τονίμα, 2024). Στο μέλλον, οι ασθενείς θα εγγράφονται από τον χειρουργό που τους παρακολουθεί και θα λαμβάνουν ενημερώσεις για τις προγραμματισμένες επεμβάσεις τους μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ή μέσω της εφαρμογής MyHealth.

επεμβάσεις είναι δωρεάν (χρηματοδοτούνται μέσω του Μηχανισμού Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας για να βοηθήσουν στην εκκαθάριση του συσσωρευμένου όγκου χειρουργικών επεμβάσεων που κληρονομήθηκε από την πανδημία COVID-19), καθιστώντας τις ουσιαστικά δημόσια χρηματοδοτούμενες. Οι ενώσεις ιατρών έχουν εκφράσει αντιρρήσεις σχετικά με τους περιορισμούς δυναμικότητας και έχουν επισημάνει ότι η συγκεκριμένη πολιτική δεν αντιμετωπίζει την υπάρχουσα έλλειψη προσωπικού (ιδίως αναισθησιολόγων και νοσηλευτών) στα δημόσια νοσοκομεία. Στην πραγματικότητα, η αρχική εφαρμογή περιορίστηκε σε τέσσερα μεγάλα δημόσια νοσοκομεία που θεωρήθηκαν ικανά να χειριστούν επιπλέον πληρωμένες χειρουργικές επεμβάσεις. Άλλες ανησυχίες επικεντρώνονται στην «ιδιωτικοποίηση» αυτού του τομέα της δημόσιας παροχής και στην ισότητα, καθώς οι πλουσιότεροι ασθενείς μπορούν να έχουν ταχεία πρόσβαση σε περίθαλψη.

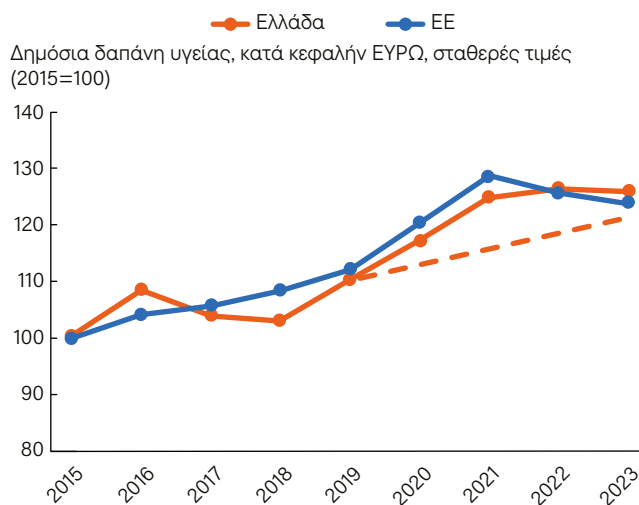
Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία έχουν σταθεροποιηθεί μετά από μια περίοδο συνεχούς αύξησης

Στην Ελλάδα, οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία ανά κάτοικο αυξήθηκαν κατά 26 % μεταξύ 2015 και 2023 (μετά από προσαρμογή για τον πληθωρισμό), σε σύγκριση με αύξηση 24 % σε ολόκληρη την ΕΕ κατά την ίδια περίοδο. Ιδιαίτερες ενισχύσεις δημόσιων πόρων ήταν εμφανείς από το 2018, αντανakλώντας επενδύσεις σε μεταρρυθμιστικές προσπάθειες και μέτρα αντιμετώπισης της πανδημίας. Το 2023, οι δαπάνες ήταν περίπου 4 % υψηλότερες από τις προβλέψεις που βασίζονταν στις τάσεις ανάπτυξης πριν από την πανδημία (2015-19) (Σχήμα 17). Ταυτόχρονα, το μερίδιο των συνολικών δημόσιων δαπανών που διατέθηκε για την υγεία παρέμεινε σχετικά σταθερό από το 2019, κυμαινόμενο μεταξύ 11,3 % και 11,9 %. Η χρηματοδότηση της ΕΕ συμβάλλει επίσης σημαντικά στις επενδύσεις στο σύστημα υγείας (Πλαίσιο 3).

Ο τομέας της υγείας στην Ελλάδα αποτελεί βασικό στόχο των πρωτοβουλιών για την ψηφιακή ετοιμότητα

Η Ελλάδα έχει σημειώσει σημαντική πρόοδο στην ενίσχυση της ψηφιακής υποδομής στον τομέα της υγείας, με αξιοσημείωτη επιτάχυνση των επενδύσεων που υποστηρίζονται από τον Μηχανισμό Ανάκαμψης

Σχήμα 17. Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν ραγδαία τα τελευταία έτη



Σημειώσεις: Ο μέσος όρος ΕΕ είναι σταθμισμένος (υπολογισμένος από τον ΟΟΣΑ). Η διακεκομμένη γραμμή αντιπροσωπεύει την προβλεπόμενη τάση με βάση τα δεδομένα πριν από την πανδημία (2015-19).

Πηγή: OECD Data Explorer (DF_SHA).

και Ανθεκτικότητας και το Ταμείο Συνοχής. Αν και χαμηλότερες από τον μέσο όρο της ΕΕ (2,3 εκατ. ευρώ ανά 100 000 κατοίκους το 2023), οι επενδύσεις κεφαλαίου της Ελλάδας σε τεχνολογίες πληροφοριών και επικοινωνιών (ΤΠΕ) στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας έφτασαν τα 1,3 εκατ. ευρώ ανά 100 000 κατοίκους το 2023. Αυτό σημαίνει αύξηση 132 % σε σύγκριση με το 2015.

Τα μέτρα ψηφιακής ετοιμότητας αποτελούν προτεραιότητα του Υπουργείου Ψηφιακής Διακυβέρνησης, το οποίο είναι επιφορτισμένο με την εφαρμογή της Εθνικής Στρατηγικής για τον Ψηφιακό Μετασχηματισμό για την περίοδο 2020-2025. Αυτή περιλαμβάνει περίπου 30 έργα που αφορούν ειδικά τον τομέα της υγείας και συμβάλλουν στην επίτευξη των στόχων της Ψηφιακής Δεκαετίας της ΕΕ για τη χώρα. Οι βασικές πρωτοβουλίες εστιάζονται στην ενοποίηση και την ψηφιοποίηση των δεδομένων υγείας, την τυποποίηση της ψηφιακής υποδομής των νοσοκομείων για διαλειτουργικότητα, την ανάπτυξη κλινικών και διαχειριστικών συστημάτων πληροφοριών και ψηφιακών μητρώων παρακολούθησης ασθενειών, την επέκταση των υπηρεσιών τηλεϊατρικής και

Πλαίσιο 3. Τα χρηματοδοτικά μέσα της ΕΕ υποστηρίζουν τις επενδύσεις στο σύστημα υγείας

Ο τομέας της υγείας στην Ελλάδα λαμβάνει 1,5 δισ. ευρώ μέσω του Ταμείου Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας της ΕΕ³ —4,3 % του συνολικού κονδυλίου της χώρας. Το σχέδιο δίνει προτεραιότητα στον εκσυγχρονισμό των νοσοκομείων και των δικτύων κέντρων υγείας μέσω της αναβάθμισης των υποδομών και της βελτίωσης των ψηφιακών συστημάτων. Οι μεταρρυθμίσεις αποσκοπούν στην ενίσχυση της δημόσιας υγείας και της πρόληψης, στην επέκταση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και κατ' οίκον φροντίδας, στην ενίσχυση του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας και στη βελτίωση της αποδοτικότητας των δαπανών για φάρμακα, υποστηρίζοντας παράλληλα την έρευνα και την ανάπτυξη (Ε&Α). Η ψηφιοποίηση αναμένεται να ενισχύσει την αποδοτικότητα, την πρόσβαση, τη διαφάνεια και την ποιότητα των δημόσιων υπηρεσιών υγείας.

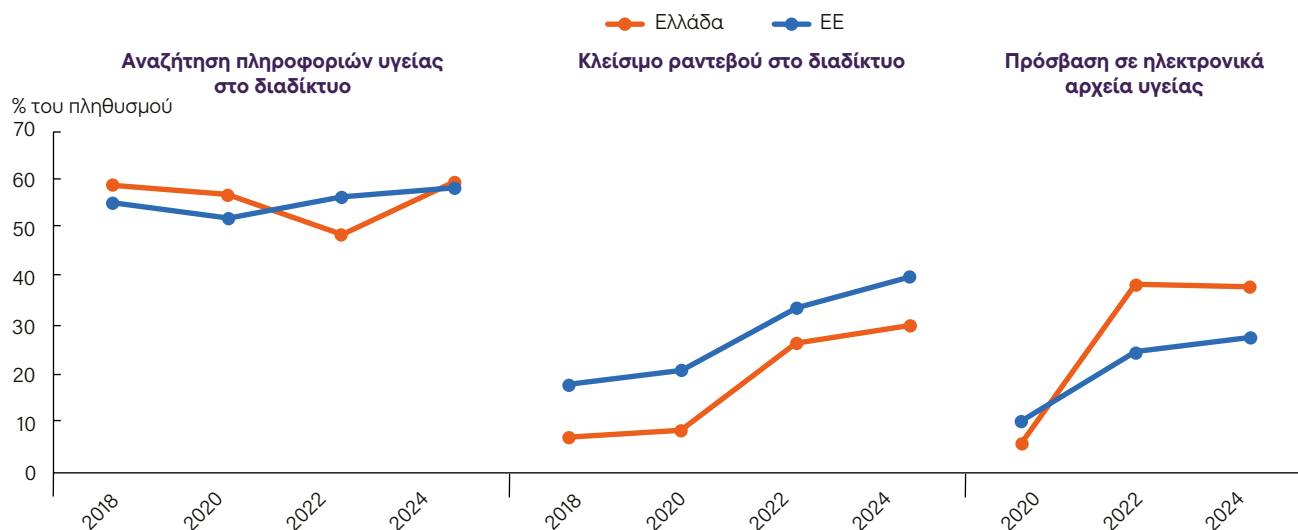
Στήριξη παρέχεται επίσης από την πολιτική συνοχής της ΕΕ (2021-27), η οποία διαθέτει 571 εκατ. ευρώ (συγχρηματοδοτούμενο από την ΕΕ μερίδιο) για την υγιονομική περίθαλψη στην Ελλάδα, με στόχο την προσβασιμότητα, τις υποδομές, τον εξοπλισμό, τα κινητά περιουσιακά στοιχεία, την ενεργό γήρανση και την ψηφιοποίηση. Για την ενίσχυση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η Ελλάδα εφαρμόζει ανώτατο όριο 40 % στις δαπάνες για υποδομές και εξοπλισμό υγείας σε εθνικό επίπεδο για τα δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια νοσοκομεία κατά την περίοδο 2021-27. Επιπλέον, μέχρι τα μέσα Σεπτεμβρίου, στο πλαίσιο των προγραμμάτων εργασίας EU4Health (2021-25), οι Έλληνες δικαιούχοι έλαβαν 33,1 εκατ. ευρώ μέσω κοινών δράσεων, επιχορηγήσεων δράσεων και άμεσων επιχορηγήσεων. Τα κονδύλια αυτά διατέθηκαν κυρίως για πρωτοβουλίες στον τομέα των Καρκίνων (34 %), την ετοιμότητα για την αντιμετώπιση κρίσεων (30 %) και την ψηφιοποίηση (16 %).

την πλήρη εφαρμογή των ηλεκτρονικών φακέλων υγείας (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2023).

Ενώ η χρήση του διαδικτύου για την αναζήτηση πληροφοριών υγείας και την κράτηση ιατρικών ραντεβού αυξάνεται στην Ελλάδα, το ποσοστό των ατόμων που

έχουν πρόσβαση σε ηλεκτρονικά αρχεία υγείας μειώθηκε ελαφρώς μετά από μια πολύ απότομη αύξηση μεταξύ 2020 και 2022 (Σχήμα 18). Ωστόσο, το ποσοστό των Ελλήνων που έχουν πρόσβαση στις προσωπικές τους πληροφορίες υγείας στο διαδίκτυο έφτασε το 38 % το 2024, πολύ πάνω από τον μέσο όρο της ΕΕ που είναι 28 %.

Σχήμα 18. Η χρήση διαδικτυακών πόρων για την πρόσβαση σε πληροφορίες και φροντίδα υγείας αυξάνεται στην Ελλάδα



Πηγή: Eurostat (isoc_ci_ac_i).

Η ψηφιακή συμμετοχή αναμένεται να αυξηθεί περαιτέρω με τη βελτίωση των ψηφιακών δεξιοτήτων. Εν τω μεταξύ, από το 2022, η Ελλάδα έχει εισαγάγει διάφορα ψηφιακά εργαλεία, όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, οι ηλεκτρονικές παραπομπές για διαγνωστικές εξετάσεις και

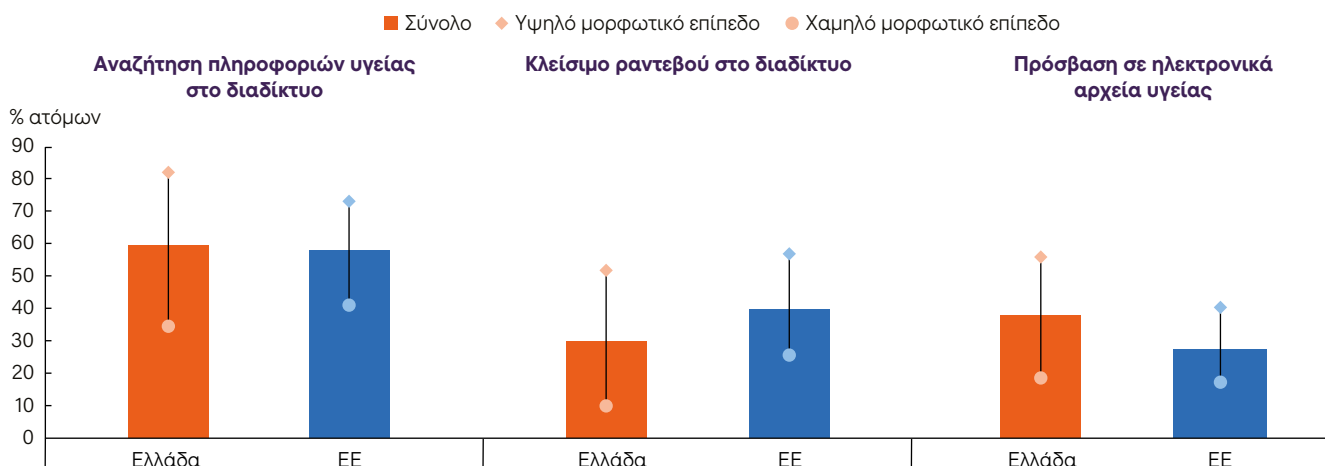
τα ηλεκτρονικά συστήματα ραντεβού για πρωτοβάθμια και εξειδικευμένη εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Ένα σημαντικό ορόσημο επιτεύχθηκε τον Μάιο του 2025 με την έναρξη λειτουργίας ενός πλήρως λειτουργικού συστήματος ηλεκτρονικών ιατρικών φακέλων. Αυτό

³ Τα στοιχεία του Ταμείου Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας βασίζονται στις πληροφορίες που ήταν διαθέσιμες στις 20 Σεπτεμβρίου 2025. Τυχόν μελλοντικές τροποποιήσεις ενδέχεται να επηρεάσουν τα στοιχεία αυτά.

επιτρέπει την κεντρική πρόσβαση των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης στο ιστορικό των ασθενών και δίνει τη δυνατότητα στα άτομα να έχουν πρόσβαση σε ολοκληρωμένους ιατρικούς φακέλους (διαγνώσεις, συνταγές, αποτελέσματα εξετάσεων και νοσοκομειακά αρχεία) μέσω μιας κεντρικής πύλης ή της εφαρμογής MyHealth. Ψηφιακοί βοηθοί που λειτουργούν με τεχνητή νοημοσύνη βοηθούν τους χρήστες να πλοηγηθούν στην

πλατφόρμα και να διαχειριστούν τα δεδομένα υγείας τους. Ωστόσο, οι ψηφιακές ανισότητες παραμένουν μια πρόκληση. Το 2024, τα άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο ήταν πέντε φορές πιο πιθανό να κλείνουν ραντεβού ηλεκτρονικά και σχεδόν τρεις φορές πιο πιθανό να έχουν πρόσβαση σε ηλεκτρονικά αρχεία υγείας σε σύγκριση με τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (Σχήμα 19).

Σχήμα 19. Υπάρχει σημαντικό εκπαιδευτικό χάσμα στη χρήση του διαδικτύου για δραστηριότητες σχετικές με την υγεία στην Ελλάδα



Σημείωση: Ως χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ορίζεται ο πληθυσμός που δεν έχει ολοκληρώσει την κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (επίπεδα ISCED 0-2), ενώ ως υψηλό μορφωτικό επίπεδο ορίζεται ο πληθυσμός με τριτοβάθμια εκπαίδευση (επίπεδα ISCED 5-8).

Πηγή: Eurostat (isoc_ci_ac_i) τα στοιχεία αναφέρονται στο 2024.

Η έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας παραμένει ένα σημαντικό εμπόδιο στην Ελλάδα, με τις πολιτικές προσπάθειες να παραβλέπουν συχνά τον τομέα της νοσηλευτικής

Ο αριθμός των αποφοίτων ιατρικής στην Ελλάδα ήταν σταθερά χαμηλότερος από τον μέσο όρο της ΕΕ τα τελευταία χρόνια. Το 2022, υπήρχαν 13,3 απόφοιτοι ανά 100 000 κατοίκους στην Ελλάδα, σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ που ήταν 16,7 ανά 100 000 κατοίκους (Σχήμα 20). Αυτό το έλλειμμα, σε συνδυασμό με τον υψηλό αριθμό γιατρών που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα, έχει οδηγήσει σε σημαντική έλλειψη στο δημόσιο σύστημα υγείας. Ως απάντηση, η κυβέρνηση έχει εισαγάγει αυξήσεις μισθών (από το 2022) για να βοηθήσει στην πρόσληψη, ρυθμίσεις μερικής απασχόλησης (διπλή άσκηση) για να προσελκύσει υποψηφίους σε θέσεις που είναι δύσκολο να καλυφθούν και μεταρρυθμίσεις στην ιατρική εκπαίδευση, συμπεριλαμβανομένης της απλοποιημένης κλινικής κατάρτισης και των αναθεωρημένων διαδικασιών τοποθέτησης ειδικοτήτων.

Αντίθετα, η Ελλάδα εκπαιδεύει πολύ περισσότερους νοσηλευτές (100,6 ανά 100 000 κατοίκους το 2023) από τον μέσο όρο της ΕΕ (38,6 ανά 100 000). Παρά την ισχυρή αυτή εκπαιδευτική ικανότητα, ο δημόσιος τομέας δεν επωφελείται από το δυναμικό των διαθέσιμων νεοεκπαιδευμένων ή έμπειρων επαγγελματιών

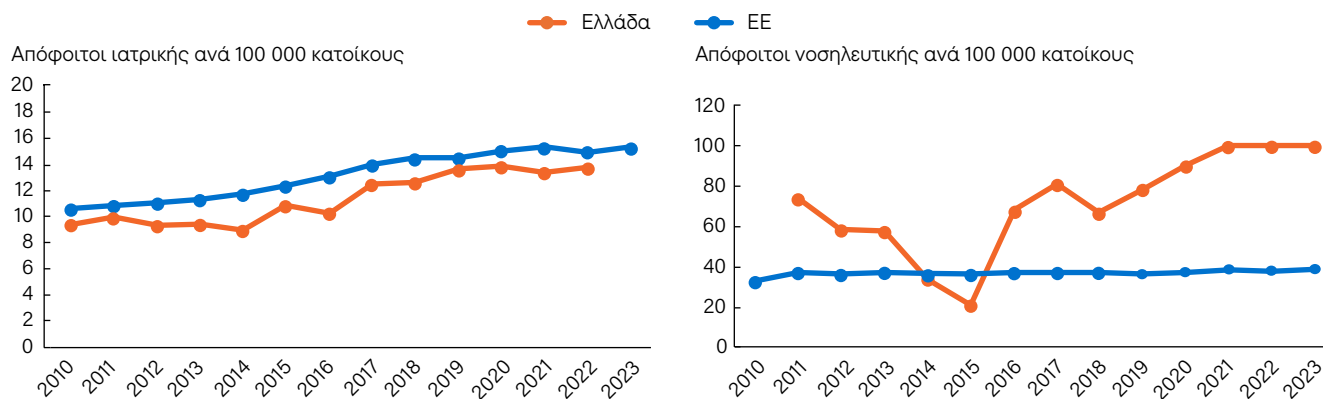
νοσηλευτικής (βλ. ενότητα 4). Υπάρχουν ειδικότητες νοσηλευτικής σε τομείς όπως η ψυχική υγεία, η κοινοτική, η χειρουργική, η παιδιατρική, η γηριατρική και η εντατική φροντίδα, οι οποίες απαιτούν πρόσθετη εκπαίδευση και εθνική πιστοποίηση. Ωστόσο, υπάρχει έλλειψη ειδικευμένων νοσηλευτών, ιδίως στον τομέα της κοινοτικής υγείας, όπου η ζήτηση αυξάνεται λόγω των αυξημένων αναγκών για κατ' οίκον φροντίδα και διαχείριση χρόνιων παθήσεων. Ένα βασικό εμπόδιο είναι η έλλειψη δομημένης εξέλιξης της σταδιοδρομίας των νοσηλευτών και ανταμοιβών για τα επιτεύγματά τους. Δεν υπάρχει επίσημη επαγγελματική πορεία από την ιδιότητα του νοσηλευτή σε ρόλους όπως νοσηλευτής προηγμένης πρακτικής ή σύμβουλος νοσηλευτής, οι οποίοι συνήθως συνοδεύονται από προαγωγές και υψηλότερες αποδοχές.

Οι ασταθείς τάσεις στην κατανάλωση αντιβιοτικών καθιστούν δύσκολο να εκτιμηθεί εάν η Ελλάδα θα επιτύχει τους στόχους μείωσης

Ο περιορισμός της υπερβολικής χρήσης αντιβιοτικών είναι κρίσιμος για την αντιμετώπιση της μικροβιακής αντοχής (AMR), μια προτεραιότητα που ενισχύεται από τους στόχους του Συμβουλίου της ΕΕ, που υιοθετήθηκαν το 2023, για τη μείωση της κατανάλωσης έως το 2030.⁴ Όπως πολλές χώρες της ΕΕ, η Ελλάδα σημείωσε μείωση στη χρήση αντιβιοτικών κατά τη διάρκεια της πανδημίας

⁴ Σύσταση του Συμβουλίου για την ενίσχυση των δράσεων της ΕΕ για την καταπολέμηση της αντοχής στα αντιμικροβιακά μέσα με μια προσέγγιση «One Health», 2023/C 220/01.

Σχήμα 20. Ο αριθμός των αποφοίτων νοσηλευτικής στην Ελλάδα είναι πολύ μεγαλύτερος από τον μέσο όρο της ΕΕ



Σημειώσεις: Ο μέσος όρος της ΕΕ είναι σταθμισμένος (υπολογισμένος από τον ΟΟΣΑ). Τα στοιχεία για τους αποφοίτους νοσηλευτικής περιλαμβάνουν αποφοίτους από όλα τα προγράμματα νοσηλευτικής, χωρίς να περιορίζονται σε εκείνους που πληρούν την οδηγία της ΕΕ για τους γενικούς νοσηλευτές.

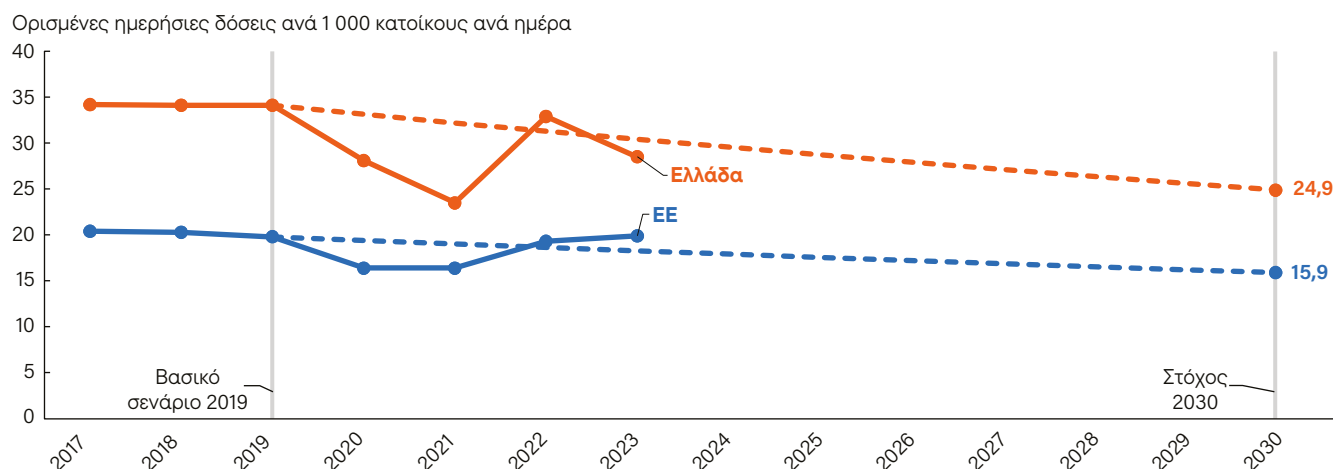
Πηγή: OECD Data Explorer (DF_GRAD)

COVID-19, κυρίως λόγω της μείωσης των αναπνευστικών λοιμώξεων που δεν σχετίζονταν με την COVID-19 (Σχήμα 21). Ωστόσο, η πιο απότομη μείωση στην Ελλάδα υποδηλώνει ότι η μείωση των επισκέψεων σε γιατρούς μπορεί επίσης να ήταν ένας παράγοντας που συνέβαλε σε αυτό. Επιπλέον, σε αντίθεση με τη γενική τάση στην ΕΕ, όπου η κατανάλωση ανέκαμψε τόσο το 2022 όσο και το 2023, το πρότυπο κατανάλωσης αντιβιοτικών στην Ελλάδα είναι πιο ασταθές, με απότομη αύξηση το 2022 και μείωση το 2023.

Επί του παρόντος, η Ελλάδα έχει πολύ υψηλότερο ποσοστό κατανάλωσης αντιβιοτικών (24,9 καθορισμένες ημερήσιες δόσεις το 2023) από ό,τι οι περισσότερες άλλες χώρες της ΕΕ. Αν και το ποσοστό αυτό είναι

χαμηλότερο από τα προ πανδημίας επίπεδα, τα ασταθή κυμαινόμενα πρότυπα χρήσης καθιστούν δύσκολο να διαπιστωθεί εάν η συνταγογραφική συμπεριφορά αλλάζει ή εάν η Ελλάδα βρίσκεται σε καλό δρόμο για την επίτευξη του στόχου μείωσης. Μια άλλη πρόκληση είναι η κατάχρηση αντιβιοτικών, συμπεριλαμβανομένης της αυτοθεραπείας και της χορήγησης φαρμάκων χωρίς συνταγή (Karakonstantis & Kalemaki, 2019). Η Ελλάδα εφαρμόζει το Εθνικό Σχέδιο Δράσης «One Health» για την Αντιμικροβιακή Αντοχή (2019-23), το οποίο συντονίζει τις προσπάθειες στους τομείς της υγείας των ανθρώπων και των ζώων, της γεωργίας, των τροφίμων και του περιβάλλοντος για την πρόληψη της αύξησης και της εξάπλωσης της αντοχής στα αντιμικροβιακά, αλλά το σχέδιο δεν έχει ακόμη επικαιροποιηθεί.

Σχήμα 21. Η κατανάλωση αντιβιοτικών στην Ελλάδα το 2023 ήταν 16 % χαμηλότερη από το επίπεδο του 2019



Σημειώσεις: Ο μέσος όρος ΕΕ είναι σταθμισμένος. Το διάγραμμα δείχνει την κατανάλωση αντιβιοτικών σε νοσοκομεία και στην κοινότητα. Η διακεκομμένη γραμμή απεικονίζει την πορεία προς την επίτευξη των στόχων μείωσης για το 2030.

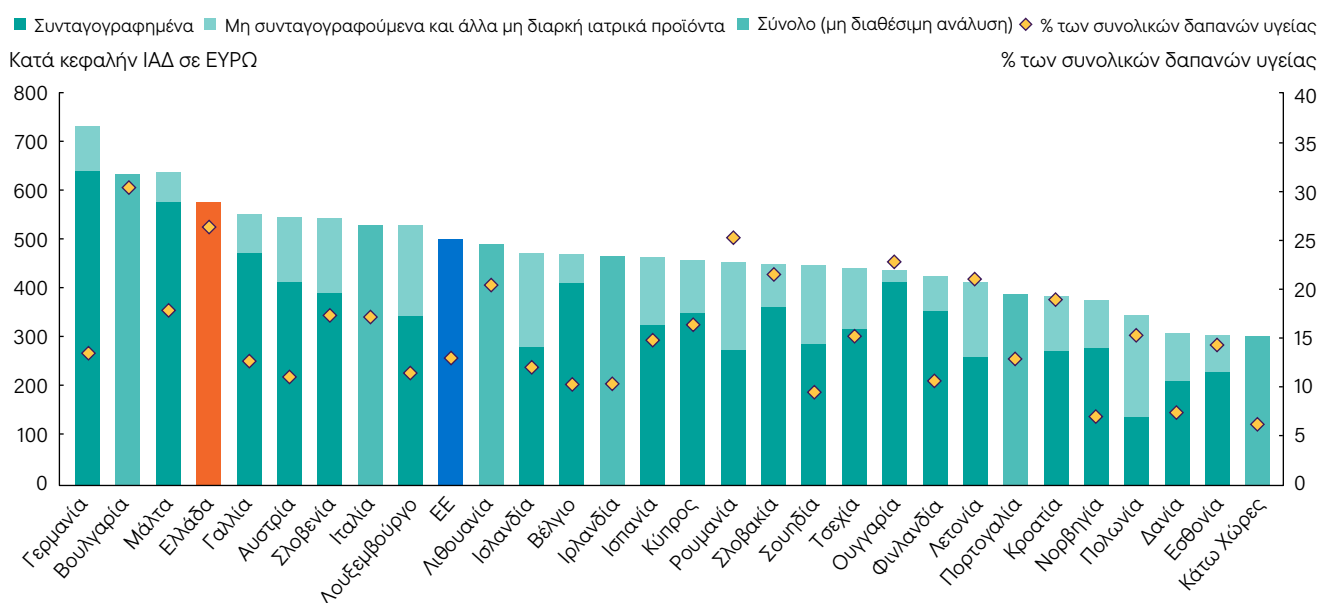
Πηγή: ECDC ESAC-Net.

Η Ελλάδα δαπανά πάνω από τον μέσο όρο της ΕΕ για φαρμακευτικά προϊόντα λιανικής ανά κάτοικο

Οι συνολικές δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα στην Ελλάδα για το 2023 ανήλθαν σε 7,1 δισεκατομμύρια ευρώ, σε σύγκριση με 6,2 δισεκατομμύρια ευρώ το 2022 (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδας, 2024). Η Ελλάδα δαπάνησε 586 ευρώ ανά κάτοικο για φάρμακα λιανικής πώλησης – ποσό υψηλότερο από τον

μέσο όρο της ΕΕ, που ήταν 510 ευρώ (προσαρμοσμένο για τις διαφορές στην αγοραστική δύναμη) το 2023 (Σχήμα 22). Οι δαπάνες για φάρμακα λιανικής πώλησης αντιπροσωπεύουν το 27 % των συνολικών δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα, ποσοστό διπλάσιο από τον μέσο όρο της ΕΕ, που είναι 13 %, και το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό στην ΕΕ μετά τη Βουλγαρία (31 %).

Σχήμα 22. Το μερίδιο των φαρμάκων λιανικής ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα είναι διπλάσιο από τον μέσο όρο της ΕΕ



Σημείωση: Το διάγραμμα αυτό απεικονίζει τις δαπάνες για φάρμακα που διατίθενται μέσω φαρμακείων λιανικής πώλησης μόνο για χρήση από εξωτερικούς ασθενείς. Δεν περιλαμβάνει φάρμακα που χορηγούνται σε νοσοκομεία, κλινικές ή ιατρεία.

Πηγή: OECD Data Explorer (DF_SHA): τα στοιχεία αναφέρονται στο 2023, εκτός από τη Νορβηγία (2022).

Οι δαπάνες για φάρμακα στον τομέα της λιανικής πώλησης αυξήθηκαν ελαφρώς την τελευταία δεκαετία, ενώ οι δαπάνες για φάρμακα που χορηγούνται σε νοσοκομεία αυξήθηκαν ραγδαία

Ο λιανικός τομέας αντιπροσώπευε το 75 % των συνολικών δαπανών για φάρμακα στην Ελλάδα το 2023, ποσοστό πολύ υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ, που είναι 59 %. Οι κατά κεφαλήν δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα λιανικής πώλησης δεν παρουσίασαν σαφή τάση κατά την τελευταία δεκαετία, με απότομη μείωση μεταξύ 2012 και 2014, αντανakλώντας τα μέτρα του προγράμματος οικονομικής προσαρμογής κατά τη διάρκεια της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης, και αύξηση των δαπανών σε ιστορικά υψηλά επίπεδα το 2020, κατά το πρώτο έτος της πανδημίας COVID-19. Οι κατά κεφαλήν δαπάνες για φάρμακα στον νοσοκομειακό τομέα αυξήθηκαν σημαντικά πρόσφατα, κατά σχεδόν 65 % σε μόλις πέντε χρόνια – από το 2018 (103 ευρώ) έως το 2023 (172 ευρώ). Οι λόγοι για αυτή την αύξηση περιλαμβάνουν τη γήρανση του πληθυσμού με μεγαλύτερη ζήτηση για

νοσοκομειακές υπηρεσίες (συμπεριλαμβανομένων των φαρμάκων), καθώς και την αυξημένη διαθεσιμότητα και χρήση ακριβών νέων φαρμάκων, όπως οι καινοτόμες θεραπείες για τον καρκίνο, τα οποία συνήθως χορηγούνται σε νοσηλεύόμενους ασθενείς (Gourzoulidis et al., 2025).

Έχουν εφαρμοστεί με κάποια επιτυχία διάφορες πολιτικές πρωτοβουλίες για τη μείωση των δαπανών για φάρμακα, συμπεριλαμβανομένων προσπαθειών για τη μεταρρύθμιση του μηχανισμού ανάκτησης για φάρμακα υψηλού κόστους, τη δημιουργία ενός πλαισίου αξιολόγησης των τεχνολογιών υγείας (HTA) και την εισαγωγή ενός ηλεκτρονικού συστήματος συνταγογράφησης που παρακολουθεί τη συνταγογραφική συμπεριφορά (Kalavrezou & Jin, 2021).

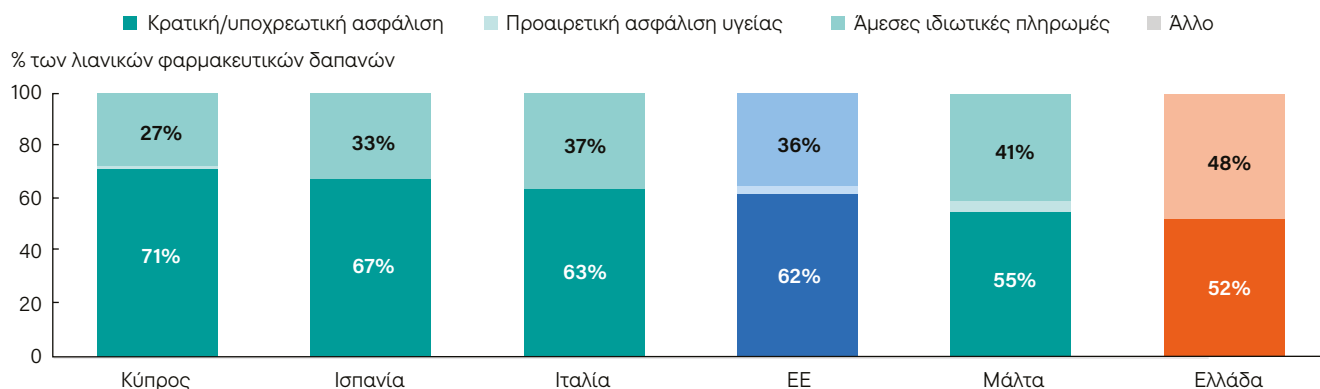
Οι άμεσες πληρωμές από τους ασθενείς αποτελούν σχεδόν το ήμισυ των δαπανών για φάρμακα λιανικής

Οι συνολικές άμεσες δαπάνες υγείας από τους πολίτες στην Ελλάδα είναι από τις υψηλότερες στην ΕΕ, με

τα φάρμακα να αποτελούν σημαντικό μέρος των άμεσων δαπανών υγείας των νοικοκυριών το 2023 (βλ. ενότητα 5.2). Το πακέτο παροχών καλύπτει ένα ευρύ φάσμα φαρμάκων, με ποσοστά συμμετοχής στα έξοδα που διαβαθμίζονται ανάλογα με τη θεραπευτική αξία και τη σοβαρότητα της νόσου σε 0 %, 10 % και 25 % της τιμής καταλόγου. Τα σχήματα ασφάλισης υγείας

καλύπτουν μόνο το 52 % των δαπανών για φάρμακα λιανικής πώλησης, ενώ οι ασθενείς συνεισφέρουν άμεσα το 48 % – ποσοστό σημαντικά υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ, που είναι 36 % (Σχήμα 23). Οι συνεισφορές των ασθενών περιλαμβάνουν τη συμμετοχή στο κόστος, τα μη αποζημιούμενα φάρμακα και τα φάρμακα που αγοράζονται χωρίς ιατρική συνταγή.

Σχήμα 23. Μόνο το ήμισυ περίπου των δαπανών για φάρμακα λιανικής καλύπτεται από τα συστήματα ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα



Σημείωση: Ο μέσος όρος της ΕΕ είναι μη σταθμισμένος.

Πηγή: OECD Data Explorer (DF_SHA): τα στοιχεία αναφέρονται στο 2023, εκτός από τη Νορβηγία (2022).

Ο χρόνος πρόσβασης σε νέα φάρμακα είναι ελαφρώς μεγαλύτερος από τον μέσο όρο της ΕΕ

Δύο από τους δείκτες που χρησιμοποιούνται πιο συχνά για την αξιολόγηση των χρονικών ορίων και του εύρους πρόσβασης σε νέα φάρμακα είναι ο μέσος χρόνος που μεσολαβεί μεταξύ της έγκρισης κυκλοφορίας στην ΕΕ και της δημόσιας αποζημίωσης, καθώς και το ποσοστό των κεντρικά εγκεκριμένων φαρμάκων που διατίθενται σε εθνικό επίπεδο. Και οι δύο δείκτες αναφέρονται στην έρευνα Patients WAIT Indicator Survey της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Φαρμακευτικών Βιομηχανιών και Ενώσεων (Newton et al., 2025). Αν και κανένας από τους δύο δείκτες δεν μετράει συνολικά την ουσιαστική πρόσβαση των ασθενών σε αποτελεσματικές θεραπείες, παρέχουν μια βάση για σύζηση. Για τα φάρμακα που εγκρίθηκαν από την ΕΕ μεταξύ 2020 και 2023, η Ελλάδα κατέγραψε μέσο χρόνο αποζημίωσης 654 ημερών, ο οποίος είναι 13 % μεγαλύτερος από τον μέσο όρο της ΕΕ (578 ημέρες). Τον Ιανουάριο του 2025, το 43 % των νέων εγκεκριμένων φαρμάκων είχε κάλυψη, ποσοστό που ήταν ελαφρώς χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (46 %).

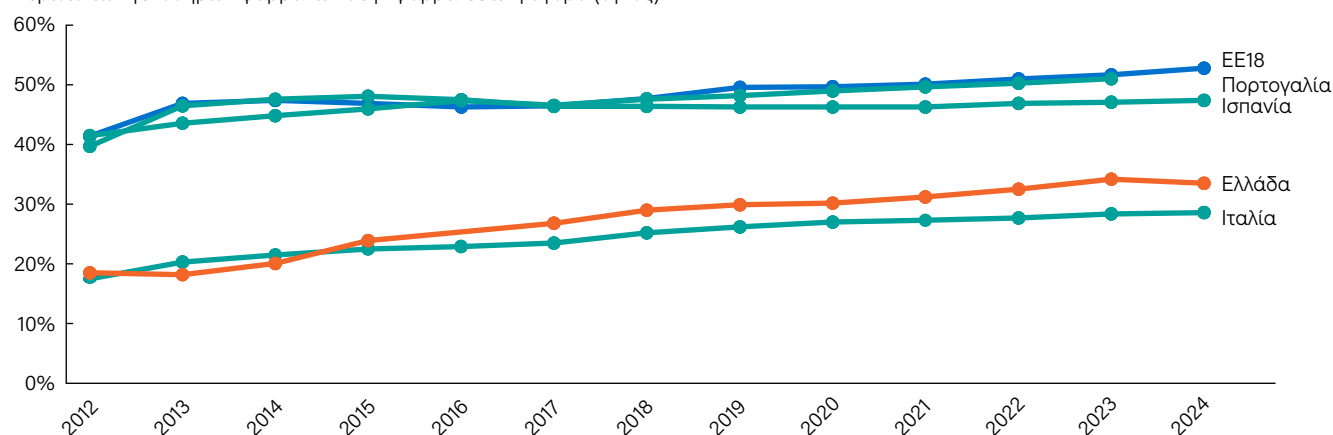
Αναγνωρίζοντας ότι υπάρχουν προκλήσεις, οι ενδιαφερόμενοι φορείς έχουν ζητήσει μεταρρυθμίσεις. Οι προτάσεις περιλαμβάνουν την ανάπτυξη μιας εθνικής στρατηγικής για τα φάρμακα, με έμφαση στη διαφάνεια, την προβλεψιμότητα και την ισότιμη πρόσβαση (Pelekanaki, 2023). Προετοιμαζόμενη για την εφαρμογή του κανονισμού της ΕΕ για την αξιολόγηση της τεχνολογίας των υγειονομικών υπηρεσιών (HTA), η Ελλάδα αναπτύσσει ένα σύστημα HTA με την υποστήριξη της ΕΕ και του ΠΟΥ.

Παρά την πρόοδο που έχει σημειωθεί, τα γενόσημα φάρμακα εξακολουθούν να αποτελούν μόνο το ένα τρίτο των φαρμάκων που αποζημιώνονται

Η χρήση των γενόσημων φαρμάκων έχει βελτιωθεί την τελευταία δεκαετία, μετά από ένα πολύ χαμηλό επίπεδο στην αρχή. Το 2023, τα γενόσημα φάρμακα αντιπροσώπευαν το 34 % του συνόλου των φαρμάκων που αποζημιώνονταν (σε όγκο) στην Ελλάδα, από 18 % το 2013. Ωστόσο, το ποσοστό αυτό είναι το τρίτο χαμηλότερο στην ΕΕ, με μόνο το Λουξεμβούργο και την Ιταλία να αναφέρουν χαμηλότερα ποσοστά, και πολύ κάτω από τον μέσο όρο του 51 % μεταξύ των 18 χωρών της ΕΕ που αναφέρουν αυτά τα στοιχεία (Σχήμα 24). Η συνολική ανοδική τάση στην Ελλάδα οφείλεται σε πολιτικές που μετατοπίζουν τα πρότυπα κατανάλωσης προς τα γενόσημα φάρμακα, συμπεριλαμβανομένης της προώθησης συνταγών με βάση τη δραστική ουσία και όχι με βάση την εμπορική ονομασία, των ηλεκτρονικών συστημάτων συνταγογράφησης για την παρακολούθηση και ρύθμιση της συνταγογράφησης, καθώς και των εντύπων συγκατάθεσης των ασθενών όταν επιλέγουν φάρμακα με εμπορική ονομασία αντί για γενόσημο (Kalavrezou & Jin, 2021). Παρά το χαμηλό ποσοστό χρήσης, η Ελλάδα συγκαταλέγεται μεταξύ των χωρών με το υψηλότερο μερίδιο των γενόσημων φαρμάκων στη συνολική αξία των πωλήσεων των φαρμάκων που αποζημιώνονται (30 % το 2023), γεγονός που υποδηλώνει ότι τα επίπεδα τιμών των γενόσημων φαρμάκων στην Ελλάδα είναι συγκριτικά υψηλά.

Σχήμα 24. Το μερίδιο των γενόσημων φαρμάκων σε όγκο στην Ελλάδα έχει αυξηθεί την τελευταία δεκαετία, αλλά παραμένει ένα από τα χαμηλότερα στην ΕΕ

Μερίδιο των γενόσημων φαρμάκων στην φαρμακευτική αγορά (όγκος)



Σημειώσεις: Ο μέσος όρος της ΕΕ είναι σταθμισμένος

Πηγή: OECD Data Explorer (DF_GEN_MRKT).

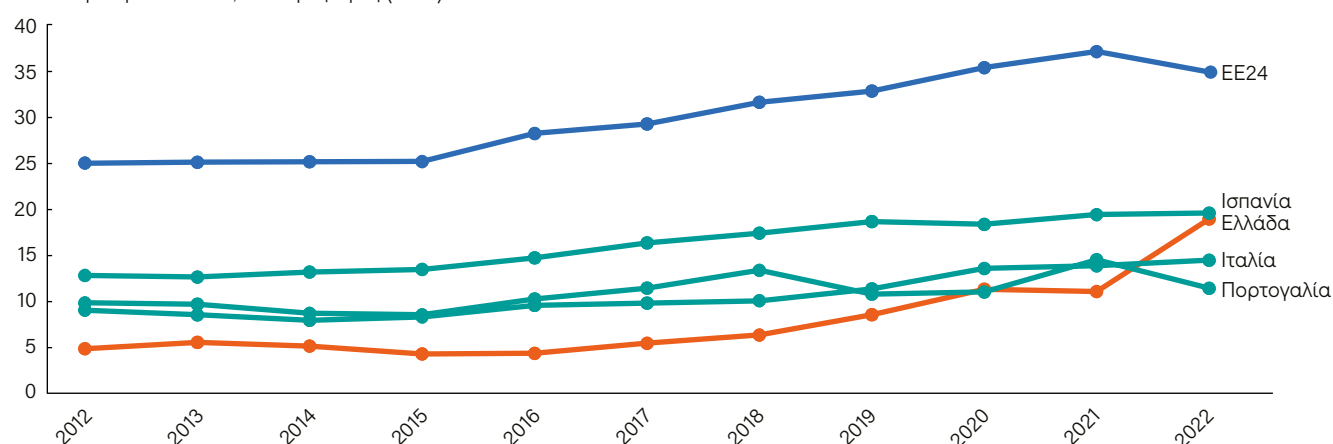
Οι επενδύσεις σε έρευνα και ανάπτυξη παραμένουν κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ, αν και έχουν αυξηθεί

Οι εξαγωγές φαρμακευτικών προϊόντων της Ελλάδας έφτασαν τα 2,8 δισεκατομμύρια ευρώ το 2023 και αντιπροσώπευαν το 5,5 % των συνολικών εξαγωγών αγαθών. Το 2022, η φαρμακευτική βιομηχανία της Ελλάδας επένδυσε περίπου 198 εκατ. ευρώ στην Ε&Α, αντιπροσωπεύοντας το 1,3 % των συνολικών δαπανών της ΕΕ για Ε&Α στον φαρμακευτικό τομέα. Προσαρμοζόμενη σε σταθερές τιμές του 2022, η επένδυση αυτή ανήλθε σε 19 ευρώ κατά κεφαλήν, λίγο πάνω από το ήμισυ του μέσου όρου (35 ευρώ) για τις 24 χώρες της ΕΕ για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία.

Οι κατά κεφαλήν επενδύσεις σε Ε&Α στην Ελλάδα αυξάνονται σταθερά από το 2015, αν και ξεκίνησαν από πολύ χαμηλά επίπεδα (4 ευρώ). Το 2022, οι κατά κεφαλήν επενδύσεις σχεδόν διπλασιάστηκαν σε σύγκριση με το προηγούμενο έτος (Σχήμα 25), υποστηριζόμενες από πολιτικές που εφαρμόστηκαν στο πλαίσιο του Εθνικού Σχεδίου Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας και από νέες πρωτοβουλίες για την καινοτομία και τις μικρές και μεσαίες επιχειρήσεις (Υπουργείο Ανάπτυξης, 2021). Στο πλαίσιο των πολιτικών που χρηματοδοτούνται από τον Μηχανισμό Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας της ΕΕ, η ελληνική κυβέρνηση έχει εφαρμόσει μέτρα για την ενθάρρυνση των επενδύσεων στον φαρμακευτικό τομέα, μεταξύ των οποίων η δυνατότητα των εταιρειών να συμψηφίζουν τα ποσά που οφείλουν στο κράτος, όπως τα ποσά ανάκτησης, με τις δαπάνες τους για Ε&Α.

Σχήμα 25. Οι δαπάνες των επιχειρήσεων της Ελλάδας για έρευνα και ανάπτυξη στον τομέα των φαρμάκων έχουν σημειώσει πρόσφατα αύξηση λόγω νέων μέτρων πολιτικής

Κατά κεφαλήν ΕΥΡΩ ΙΑΔ, σταθερές τιμές (2022)



Σημείωση: Ο μέσος όρος της ΕΕ είναι σταθμισμένος (υπολογισμένος από τον ΟΟΣΑ).

Πηγή: OECD Data Explorer (DF_ANBERDI4).

Οι αιτήσεις για φαρμακευτικά διπλώματα ευρεσιτεχνίας αποτελούν σημαντικό δείκτη για την εκτίμηση του δυναμικού καινοτομίας στον τομέα. Σύμφωνα με τις στατιστικές του ΟΟΣΑ για την πνευματική ιδιοκτησία, το 2022, 17 αιτήσεις για διπλώματα ευρεσιτεχνίας που υποβλήθηκαν στο πλαίσιο της Συνθήκης Συνεργασίας για τα Διπλώματα Ευρεσιτεχνίας (PCT) προέρχονταν από αιτούντες με έδρα στην Ελλάδα. Αυτό αντιπροσωπεύει περίπου το 1 % του συνόλου των αιτήσεων που υποβλήθηκαν στο πλαίσιο της Συνθήκης από χώρες της ΕΕ, ποσοστό που συνάδει με το μερίδιο της Ελλάδας στις διεθνείς αιτήσεις για διπλώματα ευρεσιτεχνίας κατά την τελευταία δεκαετία. Λαμβάνοντας υπόψη τις αιτήσεις ανά κάτοικο, η αναλογία είναι 1,6 αιτήσεις ανά εκατομμύριο κατοίκους στην Ελλάδα και είναι χαμηλότερη από τον μέσο όρο της ΕΕ, που είναι περίπου 4 αιτήσεις ανά εκατομμύριο.

Ως μέτρο της φαρμακευτικής καινοτομικής ικανότητας, ο αριθμός των νέων κλινικών δοκιμών φάσης I και II ανά εκατομμύριο κατοίκων στην Ελλάδα ως ποσοστό του συνόλου των νέων κλινικών δοκιμών εμφανίζει διακυμάνσεις, αλλά συνολικά αυξήθηκε από 17 % το 2010 σε 29 % το 2024 (σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ που είναι 44 %). Η χαμηλή δραστηριότητα κλινικών δοκιμών ενδέχεται να έχει επιπτώσεις στη φροντίδα των ασθενών, καθώς οι κλινικές δοκιμές προσφέρουν τη δυνατότητα νωρίτερης πρόσβασης σε φάρμακα και ευκαιρίες κατάρτισης και απόκτησης εμπειρίας με νέες θεραπείες για το ανθρώπινο δυναμικό (Castelo-Branco et al., 2025).

7 Βασικά ευρήματα

- Οι καρδιαγγειακά νοσήματα και ο καρκίνος είναι οι κύριες αιτίες θανάτου και αναπηρίας στην Ελλάδα, με πάνω από το ήμισυ του συνολικού αριθμού των θανάτων να αποδίδεται σε αυτές τις παθήσεις. Ενώ το προσδόκιμο ζωής (81,9 έτη το 2024) έχει ανακάμψει μετά την πανδημία και είναι πλέον ελαφρώς υψηλότερο από τον μέσο όρο ΕΕ, πάνω από τα μισά από τα έτη που ζουν οι άνθρωποι μετά την ηλικία των 65 ετών είναι με αναπηρίες ή χρόνιες παθήσεις, ιδίως στις γυναίκες.
- Σχεδόν το ένα τρίτο των θανάτων στην Ελλάδα συνδέεται με τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου, όπως το κάπνισμα, η κακή διατροφή, η χαμηλή σωματική δραστηριότητα και η ατμοσφαιρική ρύπανση. Παρά την πρόοδο που έχει σημειωθεί – όπως η μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ και των ποσοστών καπνίσματος των ενηλίκων – η Ελλάδα εξακολουθεί να αντιμετωπίζει υψηλά ποσοστά παχυσαρκίας και καπνίσματος στους εφήβους. Οι πρωτοβουλίες δημόσιας υγείας, συμπεριλαμβανομένων των νόμων κατά του καπνίσματος και ενός νέου εθνικού σχεδίου δράσης κατά της παιδικής παχυσαρκίας, έχουν ως στόχο την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων.
- Η Ελλάδα δαπανά σημαντικά λιγότερα για την υγειονομική περίθαλψη από τον μέσο όρο της ΕΕ, τόσο σε όρους ποσοστού του ΑΕΠ όσο και σε όρους κατά κεφαλήν δαπανών. Η δημόσια χρηματοδότηση καλύπτει μόνο το 61 % των δαπανών για την υγεία, με αποτέλεσμα τα νοικοκυριά να επιβαρύνονται με υψηλό οικονομικό κόστος μέσω των δαπανών που καταβάλλουν τα ίδια (34 % των δαπανών για την υγεία). Τα φάρμακα και η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη είναι οι κύριοι παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτές τις ιδιωτικές δαπάνες, μαζί με την οδοντιατρική φροντίδα.
- Το 2022, το ποσοστό θνησιμότητας από αποφεύξιμες αιτίες στην Ελλάδα ήταν ελαφρώς χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ, αλλά οι θάνατοι από προλαμβανόμενες αιτίες αυξήθηκαν κατακόρυφα κατά τη διάρκεια της πανδημίας και δεν έχουν επιστρέψει πλήρως στα προ πανδημίας επίπεδα. Οι κύριες αιτίες ήταν η COVID-19, ο καρκίνος του πνεύμονα και οι ισχαιμικές καρδιοπάθειες. Η θνησιμότητα από θεραπεύσιμες αιτίες – κυρίως καρδιαγγειακά νοσήματα και καρκίνοι – έχει μειωθεί, αλλά εξακολουθεί να αντιπροσωπεύει σημαντικό ποσοστό των αποφεύξιμων θανάτων. Η κυβέρνηση ανταποκρίθηκε με στοχευμένες πρωτοβουλίες πρόληψης, όπως δωρεάν καρδιαγγειακές εξετάσεις και δημιουργία εξειδικευμένων μονάδων περίθαλψης εγκεφαλικών επεισοδίων.
- Η Ελλάδα έχει τα υψηλότερα επίπεδα ανεκπλήρωτων αναγκών υγειονομικής περίθαλψης στην ΕΕ, ιδίως μεταξύ των ομάδων χαμηλού εισοδήματος. Το 2024, περισσότεροι από ένας στους πέντε Έλληνες ανέφεραν ανεκπλήρωτες ιατρικές ανάγκες λόγω κόστους, χρόνων αναμονής ή απόστασης που έπρεπε να διανύσουν – έξι φορές περισσότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ. Η κατάσταση είναι χειρότερη για όσους βρίσκονται σε κίνδυνο φτώχειας, με το 32 % να αναφέρει ανεκπλήρωτες ιατρικές ανάγκες και το 53 % να αναφέρει ανεκπλήρωτες ανάγκες οδοντιατρικής περίθαλψης. Αυτές οι ανισότητες οφείλονται στην περιορισμένη δημόσια κάλυψη, στα υψηλές άμεσες ιδιωτικές πληρωμές και στα εμπόδια πρόσβασης στις υπηρεσίες.
- Οι μεταρρυθμίσεις αποσκοπούν στη βελτίωση της πρόσβασης στις υπηρεσίες μέσω της επέκτασης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και των ψηφιακών υπηρεσιών υγείας. Το πρόγραμμα «προσωπικός γιατρός», το οποίο επεκτάθηκε το 2024, υποχρεώνει τους ενήλικες να εγγραφούν σε έναν πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης, προκειμένου να βελτιωθεί ο συντονισμός και η πρόσβαση στην περίθαλψη. Η υποδομή τηλεϊατρικής έχει επίσης επεκταθεί, ιδίως σε απομακρυσμένες περιοχές, και ψηφιακά εργαλεία όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση βελτιώνουν την πρόσβαση σε φάρμακα για ασθενείς με χρόνιες καταστάσεις.
- Η Ελλάδα επενδύει στην ψηφιακή υγεία και στις υποδομές για να βελτιώσει την ανθεκτικότητα του συστήματος και να μειώσει τους χρόνους αναμονής. Στις σημαντικές μεταρρυθμίσεις περιλαμβάνεται ο Ενιαίος Ψηφιακός Κατάλογος Χειρουργικών Επεμβάσεων, ο οποίος έχει μειώσει τους χρόνους αναμονής για χειρουργικές επεμβάσεις, αλλά εξακολουθούν να υπάρχουν ανησυχίες σχετικά με την ισότητα και την δυναμικότητα των υποδομών – ιδίως με την εισαγωγή ιδιωτικών χειρουργικών επεμβάσεων σε δημόσια νοσοκομεία. Σχεδόν 30 μέτρα ψηφιακής ετοιμότητας στον τομέα της υγείας έχουν προτεραιότητα στην Εθνική Στρατηγική για τον Ψηφιακό Μετασχηματισμό, η οποία έθεσε σε πλήρη λειτουργία το σύστημα ηλεκτρονικών ιατρικών φακέλων το 2025.
- Η Ελλάδα δαπανά περισσότερα κατά κεφαλήν για φάρμακα λιανικής πώλησης από άλλες χώρες της ΕΕ: τα φάρμακα λιανικής πώλησης αντιπροσώπευαν το 27 % των δαπανών για την υγεία το 2023, δηλαδή το διπλάσιο του μέσου όρου ΕΕ. Ενώ η τάση των δαπανών για φάρμακα λιανικής πώλησης είναι κυμαινόμενη τα τελευταία χρόνια, οι κατά κεφαλήν δαπάνες για φάρμακα στα νοσοκομεία έχουν αυξηθεί σημαντικά, λόγω της υψηλότερης ζήτησης από τον γηράσκοντα πληθυσμό που απαιτεί νοσοκομειακές υπηρεσίες και της αυξημένης χρήσης ακριβών νέων φαρμάκων. Παρά τις πολιτικές προσπάθειες, τα γενόσημα φάρμακα αντιπροσωπεύουν μόνο το 34 % των φαρμάκων που αποζημιώνονται σε όγκο, αν και αντιπροσωπεύουν υψηλό μερίδιο της αξίας των πωλήσεων, γεγονός που υποδηλώνει σχετικά υψηλές τιμές.

Βασικές πηγές

European Observatory on Health Systems and Policies (2025), *Health Systems and Policy Monitor – Greece*. <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor>

OECD/European Commission (2024), *Health at a Glance: Europe 2024 – State of Health in the EU Cycle*. Paris, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>.

Αναφορές

Castelo-Branco L et al. (2025), Challenges and opportunities with equitable access to cancer clinical trials in the European Union, *Eurohealth*, 31(1):25-30.

Chletsos M, Economou C (2025), Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Greece. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

European Commission (2023), Digital Decade Country Report 2023 – Greece. Brussels, <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/2023-report-state-digital-decade>.

European Observatory on Health Systems and Policies (2024), The national screening programme “Prolamvano” (“I prevent”). *Health Systems and Policy Monitor: Greece*: <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/greece-2017/provision-of-services/public-health>

European Observatory on Health Systems and Policies (2025), Advancing breast cancer prevention in Greece: the “Fofi Genimmata” screening program, *OBS-PACE Monitor*: <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/pace/case-studies/pace/pace-greece-2024/advancing-breast-cancer-prevention-in-greece-the-fofi-genimmata-screening-program>

Gourzoulidis G et al. (2025), Does real-world evidence of the economic burden of lung cancer in Greece exist? A systematic review of the literature, *Current Oncology*, 32(3):1-12, <https://doi.org/10.3390/curroncol32030130>.

Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Εταιρειών Ελλάδας (2024), Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: στοιχεία και αριθμοί 2023: <https://www.sfee.gr/en/the-pharmaceutical-market-in-greece-facts-and-figures-2023/>

Karakonstantis S, Kalemaki D (2019), Antimicrobial overuse and misuse in the community in Greece and link to antimicrobial resistance using methicillin-resistant *S. aureus* as an example, *Journal of Infection and Public Health*, 12(4):460-64, <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2019.03.017>.

Kalavrezou N, Jin H (2021), Health care reform in Greece: progress and reform priorities. Washington DC, International Monetary Fund, <https://doi.org/10.5089/9781513588834.001>

Υπουργείο Ανάπτυξης (2021), Βιοεπιστήμες, υγειονομική περίθαλψη και Φάρμακα. Τελικές προτεραιότητες του τομέα – Νοέμβριος 2021: <https://gsri.gov.gr/en/tomeis/final-priorities-of-the-sector-november-2021-7/>

Υπουργείο Υγείας (2025), Δεδομένα νοσοκομειακής φροντίδας, διαθέσιμα στη διεύθυνση <https://portal.bi.moh.gov.gr/> [στα ελληνικά].

Newton M et al. (2025), EFPIA Patients WAIT Indicator 2024 Survey. Brussels, European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations, efpia-patients-wait-indicator-2024-final-110425.pdf

OECD (2025), Does healthcare deliver? Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS): Greece. Paris, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/c8af05a5-en>.

OECD/European Commission (2025), EU Country Cancer Profile: Greece 2025. EU Country Cancer Profiles, Paris, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/22087cfa-en>.

Pelekanaki M (2023), Greece aims for radical reforms in pharma sector, prioritise predictability: <https://www.euractiv.com/section/health-consumers/news/greece-aims-for-radical-reforms-in-pharma-sector-prioritise-predictability/>

Το Βήμα (2024), Η ελληνική κυβέρνηση λαμβάνει μέτρα για τη μείωση των λιστών αναμονής για χειρουργικές επεμβάσεις στα δημόσια νοσοκομεία, <https://www.tovima.com/society/greek-gov-takes-measures-to-reduce-waitlists-for-surgeries-at-public-hospitals/>

Συντομογραφίες χωρών

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

State of Health in the EU

Προφίλ Υγείας 2025

Τα προφίλ υγείας των χωρών αποτελούν βασικό στοιχείο του κύκλου «Κατάσταση της υγείας στην ΕΕ» της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, ενός έργου διαμεσολάβησης γνώσεων που αναπτύχθηκε με την οικονομική υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Τα προφίλ αυτά είναι το αποτέλεσμα μιας συνεργασίας μεταξύ του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (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. Με βάση μια συνεπή μεθοδολογία που χρησιμοποιεί τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά δεδομένα, η ανάλυση καλύπτει τις τελευταίες προκλήσεις και εξελίξεις στον τομέα της πολιτικής υγείας σε κάθε χώρα της ΕΕ/ΕΟΧ.

Η έκδοση 2025 των προφίλ υγείας των χωρών παρέχει μια σύνθεση διαφόρων κρίσιμων πτυχών, μεταξύ των οποίων:

- την τρέχουσα κατάσταση της υγείας στη χώρα
- τους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας, με ιδιαίτερη έμφαση στους συμπεριφορικούς παράγοντες κινδύνου
- τη δομή και την οργάνωση του συστήματος υγείας
- την αποτελεσματικότητα, την προσβασιμότητα και την ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας
- μια περιγραφή του φαρμακευτικού τομέα και των πολιτικών της χώρας.

Τα βασικά ευρήματα των προφίλ υγείας των χωρών συμπληρώνονται από τη *συνθετική έκθεση*.

Για περισσότερες πληροφορίες, ανατρέξτε στη διεύθυνση: https://health.ec.europa.eu/state-of-health-eu_en

Παρακαλείσθε να αναφέρετε την παρούσα δημοσίευση ως εξής: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025), *Προφίλ Υγείας 2025: Ελλάδα. State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.