

1. ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΥΨΗΛΟΤΕΡΟ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΑΝΟΥΝ ΠΙΟ ΣΥΧΝΑ...

Μέσο:ΤΟ ΠΑΡΟΝ

Ημ. Έκδοσης: ...04/01/2026 Ημ. Αποδελτίωσης: ...04/01/2026

Σελίδα: 1



Τα άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο κάνουν πιο συχνά προληπτικές εξετάσεις

Το σύνθετο θέμα των ανισοτήτων στην υγεία στην Ελλάδα βρέθηκε στο επίκεντρο του Συνεδρίου για τα Οικονομικά και τις Πολιτικές Υγείας, που πραγματοποιήθηκε πρόσφατα στην Αθήνα. Η σχετική συνεδρία, την οποία συντόνισε ο καθηγητής Πολιτικής Υγείας Ηλίας Κυριόπουλος, εστίασε στους κοινωνι-



• Οικονομική δυσπραγία των φτωχότερων κοινωνικών ομάδων να καλύψουν φάρμακα και εξετάσεις

κοοικονομικούς, γεωγραφικούς και πολιτισμικούς παράγοντες που διαμορφώνουν την πρόσβαση, την ποιότητα και τα αποτελέσματα της φροντίδας. Η συνεδρία επίσης επιχείρησε να συνδέσει την τεκμηριωμένη έρευνα με τον σχεδιασμό παρεμβάσεων που θα διασφαλίσουν μια πιο δίκαιη και αποτελεσματική

κατανομή των πόρων και των ευκαιριών στην Υγεία.

Στο πλαίσιο αυτό, η Αναστασία Ντικούδη, σύμβουλος Δημόσιας Υγείας στο Γραφείο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) στην Αθήνα, παρουσίασε τα αποτελέσματα μιας μελέτης, που πραγματοποιήθηκε από το Γραφείο του

► ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΣΤΗ ΣΕΛΙΔΑ 12

1. ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΥΨΗΛΟΤΕΡΟ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΑΝΟΥΝ ΠΙΟ ΣΥΧΝΑ...

Μέσο:ΤΟ ΠΑΡΟΝ

Ημ. Έκδοσης: ...04/01/2026 Ημ. Αποδελτίωσης: ...04/01/2026

Σελίδα: 12



ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΣΕΛΙΔΑ 1

ΠΟΥ (WHO) στην Αθήνα, για την Ποιότητα και Ασφάλεια των Ασθενών, η οποία είχε ως σκοπό να αναδείξει τις συσχετίσεις μεταξύ κοινωνικοοικονομικών παραγόντων και ανισοτήτων στην Υγεία.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι, **την τελευταία δεκαετία, η οικονομική επίδοση της Ελλάδας παρέμεινε χαμηλή σε σχέση με τον μέσο όρο της ΕΕ.** Κατά την ίδια περίοδο, η χώρα εφάρμοσε μέτρα δημοσιονομικής προσαρμογής, με αποτέλεσμα τη μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας κατά 24,1%, ενώ αντίθετα οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας αυξήθηκαν κατά 13,7%. Αυτές οι εξελίξεις άσκησαν **έντονες πιέσεις στο δημόσιο σύστημα υγείας, περιορίζοντας την ικανότητά του να καλύπτει δίκαια τις ανάγκες του πληθυσμού.**

Παρά τις οικονομικές δυσκολίες που προκλήθηκαν από την παρατεταμένη οικονομική κρίση, **σημειώθηκε σημαντική πρόοδος στην εκπαίδευση και οι δείκτες υγείας παρουσίασαν μικρές βελτιώσεις, τόσο στο προσδόκιμο ζωής όσο και στα υγιή έτη ζωής,** ενώ η υποκειμενική αντίληψη για την υγεία παραμένει σε υψηλά επίπεδα. Η σταθερότητα στις χρόνιες παθήσεις και η μικρή αύξηση των λειτουργικών περιορισμών δείχνουν ότι **η επιβάρυνση της υγείας παραμένει ελεγχόμενη.**

Η μελέτη έδειξε επίσης ότι η εκπαίδευση επηρεάζει σημαντικά την υγεία. **Τα άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο εμφανίζουν καλύτερη αυτοανάλυση της υγείας και μπαίνουν σε διαδικασία να κάνουν πιο συχνά προληπτικές εξετάσεις.** Αντιθέτως, οι χρόνιες παθήσεις και οι λειτουργικοί περιορισμοί εμφανίζονται συχνότερα σε άτομα με χαμηλό εισόδημα ή μορφωτικό επίπεδο, ενώ μειώνονται σε

Τα άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο κάνουν πιο συχνά προληπτικές εξετάσεις

πληθυσμούς με υψηλότερα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά. **Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας είναι εντονότερες στα άτομα χαμηλού εισοδήματος και το εύρημα αυτό υπογραμμίζει ότι σε συστήματα όπως το ελληνικό (τύπου Beveridge) η ιδιωτική συμμετοχή στο κόστος μπορεί να αποτελεί σοβαρό εμπόδιο στην ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες Υγείας.**

Η κ. Νικοκύδη ολοκλήρωσε την παρουσίασή της προτείνοντας κάποια μέτρα για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων, όπως ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, μείωση του κόστους συμμετοχής για τους πολίτες (με στοχευμένη οικονομική στήριξη των πιο ευάλωτων ομάδων) και περαιτέρω επέκταση της χρήσης των ψηφιακών εργαλείων, όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και ο ατομικός φάκελος υγείας. Πρόσθεσε ότι το ιστορικό πλέον Πρόγραμμα «Δοξιάδης» παραμένει επίκαιρο για την προαγωγή της δημόσιας υγείας, την εκπαίδευση του πληθυσμού σε θέματα υγείας και την ανάπτυξη συνεργασίας με τον ιδιωτικό τομέα για την πρόληψη και τη μείωση των μακροπρόθεσμων ανισοτήτων.

Καταστροφικές και φτωχοποιητικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα

Στη συνέχεια, ο καθηγητής Κοινωνιολογίας και Πολιτικής Υγείας Χαράλαμπος Οικονόμου παρουσίασε τα αποτελέσματα μιας έρευνας που πραγματοποιήθηκε για πρώτη φορά το 2001, στο πλαίσιο συνεργασίας της τότε Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ) με τον ΠΟΥ, και επαναλήφθηκε το 2025, προκειμένου να καταγραφεί την εξέλιξη. Το βασικό ερώτημα ήταν

σε ποιο βαθμό είναι δυνατό να καταστεί εφικτή η φροντίδα υγείας για τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες σε ένα σύστημα του οποίου οι δαπάνες υγείας αποτελούν σε σημαντικό βαθμό άμεσες πληρωμές. Χρησιμοποιήθηκαν δύο βασικοί δείκτες, οι δαπάνες φτωχοποίησης και οι καταστροφικές δαπάνες. Σημειώνουμε ότι η καταστροφική δαπάνη υγείας είναι η δαπάνη που υποχρεώνει τον πολίτη να κόψει από ζωτικές δαπάνες διαβίωσης, όπως αγορές τροφίμων στο σούπερ μάρκετ ή πληρωμές σε ΔΕΚΟ, προκειμένου να πληρώσει από την τσέπη του για φάρμακα και υπηρεσίες υγείας (όπως εξετάσεις και νοσήλια).

Η έρευνα έδειξε ότι: α) Οι οικονομικές δυσκολίες που προκαλούνται από τις άμεσες πληρωμές είναι υψηλότερες στην Ελλάδα από ό,τι σε πολλές χώρες της ΕΕ. β) **Οι καταστροφικές δαπάνες για την υγεία συγκεντρώνονται σταθερά σε μεγάλο βαθμό στο φτωχότερο πεμπτημόριο και σχετίζονται κυρίως με τα φάρμακα και την εξω-νοσοκομειακή περίθαλψη.** γ) Τα επίπεδα ακάλυπτων αναγκών είναι σταθερά πάνω από τον μέσο όρο της ΕΕ. δ) Η οικονομική προστασία επιδεινώθηκε κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, γεγονός που εξέθεσε την πολυπλοκότητα και τον κατακερματισμό της κάλυψης της υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα και την έλλειψη ανθεκτικότητάς της σε κραδασμούς.

«Τίθεται, λοιπόν, **ανάγκη επαναπροσδιορισμού της πολιτικής, έτσι ώστε να μειωθεί η οικονομική δυσπραγία των φτωχότερων κοινωνικών ομάδων,**» δήλωσε ο κ. Οικονόμου. Αυτό μπορεί να γίνει, για παράδειγμα, με αποσύνδεση του δικαιώματος πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας

από την καταβολή εισφορών και σύνδεσή του με τη διαμονή, διασφάλιση της κάλυψης της θεραπείας στην ΠΦΥ, και όχι μόνο της επίσκεψης και της διάγνωσης, και διασφάλιση της πρόσβασης σε δημόσια χρηματοδοτούμενες υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας. Εάν οι συμπληρωμές θεωρούνται αναγκαίες για κάποιον λόγο, είναι αναγκαίος ο περιορισμός της αρνητικής επίπτωσής τους, ιδιαίτερα για τα φάρμακα.

Ο κ. Οικονόμου επισήμανε ότι τα τελευταία χρόνια έχουν πράγματι ληφθεί ορισμένα θετικά μέτρα, όπως η σύσταση του ολοκληρωμένου συστήματος παροχής ανακουφιστικής φροντίδας, η δημιουργία Εθνικού Δικτύου Μονάδων Αυξημένης Φροντίδας για ασθενείς με αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, η νοσοκομειακή κατ'οίκον νοσηλεία και η σύσταση Ενιαίας Λίστας Χειρουργείων. Ωστόσο, δεν είναι γνωστό το κατά πόσο έχει ολοκληρωθεί η εφαρμογή τους, ενώ δεν έχει αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητά τους.

Επιπλέον, έχουν ληφθεί και μέτρα που αυξάνουν την οικονομική επιβάρυνση των πολιτών, όπως τα απογευματινά ιατρεία, η δυνατότητα των γιατρών του ΕΣΥ για ιδιωτικό έργο, εκτός τακτικού ωραρίου και εφημεριών, η αύξηση της συμμετοχής που πληρώνουν οι ασφαλισμένοι στα συμβεβλημένα διαγνωστικά κέντρα ή το δικαίωμα των προσωπικών γιατρών του ΕΟΠΥΥ να παρέχουν υπηρεσίες προσωπικού γιατρού και ως αμιγώς ιδιώτες. Ο κ. Οικονόμου ολοκλήρωσε την παρουσίασή του δηλώνοντας ότι απαιτείται επαναξιολόγηση των εφαρμοζόμενων πολιτικών.

ΑΡΗΣ ΜΠΕΡΖΟΒΙΤΣ