
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Η σημασία της κοινωνικής επιδημιολογίας στη διαμόρφωση
πολιτικών δημόσιας υγείας: Από τη θεωρία στη πράξη**

Αθανάσιος Κοτζαμάνης

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, Έτος 2026

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»

**Η σημασία της κοινωνικής επιδημιολογίας στη διαμόρφωση
πολιτικών δημόσιας υγείας: Από τη θεωρία στη πράξη**

Αθανάσιος Κοτζαμάνης, Α.Μ.: ΟΔΥ/2409

Επιβλέπων: Γεώργιος Β. Μαρίνος / Αναπλ. Καθηγητής / ΕΚΠΑ

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, Έτος 2026

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

**The importance of social epidemiology in shaping public
health policies: From theory to practice**

Athanasios Kotzamanis

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management

Piraeus, Greece, Year 2026

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Δηλώνω υπεύθυνα ότι το έργο που εκπονήθηκε και παρουσιάζεται στην υποβαλλόμενη διπλωματική εργασία, έχει γραφτεί από εμένα αποκλειστικά στο σύνολό της. Δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού προγράμματος ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, ούτε είναι εργασία ή τμήμα εργασίας ακαδημαϊκού ή επαγγελματικού χαρακτήρα.

Δηλώνω επίσης ότι αναφέρονται καταλλήλως στο σύνολό τους οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Αθανάσιος Κοτζαμάνης



Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε όλους όσους συνέβαλαν, με διαφορετικό τρόπο, στην ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Πρωτίστως, ευχαριστώ θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Γεώργιο Β. Μαρίνο, για την επιστημονική καθοδήγηση, την υποστήριξη και τις ουσιαστικές παρατηρήσεις του καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας. Η συμβολή του υπήρξε καθοριστική για τη διαμόρφωση της ερευνητικής κατεύθυνσης, την οργάνωση της μελέτης και την ακαδημαϊκή εμβάθυνση του θέματος. Η εμπιστοσύνη και η καθοδήγησή του αποτέλεσαν σημαντικό σημείο αναφοράς σε κάθε στάδιο της προσπάθειας.

Ευχαριστώ επίσης τους διδάσκοντες του προγράμματος σπουδών, οι οποίοι με τις γνώσεις, την εμπειρία και την επιστημονική τους προσέγγιση συνέβαλαν ουσιαστικά στη διαμόρφωση του ακαδημαϊκού μου υπόβαθρου. Η φοίτηση στο πρόγραμμα αποτέλεσε μια σημαντική εμπειρία μάθησης και προσωπικής εξέλιξης.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στην οικογένειά μου για την αμέριστη στήριξη, την κατανόηση και την ενθάρρυνση που μου προσέφερε σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου. Η παρουσία της υπήρξε πολύτιμη, ιδιαίτερα στις περιόδους αυξημένων απαιτήσεων και πίεσης.

Τέλος, ευχαριστώ τους φίλους και τους ανθρώπους που στάθηκαν δίπλα μου με υπομονή, θετική διάθεση και ηθική συμπαράσταση. Η συμβολή τους, ακόμη και όταν δεν ήταν άμεσα συνδεδεμένη με την ακαδημαϊκή διαδικασία, αποτέλεσε σημαντική πηγή δύναμης για την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας.

Περιεχόμενα

Κατάλογος Πινάκων

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Περίληψη

Abstract

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	11
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
1.1. ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ.....	11
1.2. ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ.....	13
1.3. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	15
1.4. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.....	16
1.5. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	18
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	
.....	18
2.1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	18
2.2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	21
2.3. ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	24
2.4. ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	26
2.5. ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	29
2.6. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	32
2.7. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ	34
2.8. ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	40
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	40

3.1. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	40
3.2. ΠΗΓΕΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	41
3.3. ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	42
3.4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	44
3.5. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	46
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	46
4.1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΚΑΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΛΛΑΔΑΣ - ΕΕ	46
4.2. ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΚΑΙ ΑΥΤΟΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗ ΥΓΕΙΑ ΑΝΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ.....	47
4.3. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ.....	50
4.4. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΙΑΤΡΩΝ.....	52
4.5. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ	53
4.6. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΚΑΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ	55
4.7. ΑΝΕΡΓΙΑ, ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ	57
4.8. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ, ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΣ ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ.....	57
4.9. ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ ΚΑΙ ΑΣΥΜΜΕΤΡΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ.....	58
4.10. ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	59
4.11. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΛΛΑΔΑΣ, ΙΤΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑΣ	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	62
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	62
5.1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΚΑΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕΣ	62
5.2. ΑΝΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΒΑΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ	63
5.3. ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ, ΥΠΟΔΟΜΕΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΚΒΑΣΕΙΣ	63

5.4. Η ΕΛΛΑΔΑ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΙΤΑΛΙΑ, ΤΗΝ ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΕ.....	64
5.5. ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ.....	64
5.6. ΕΡΜΗΝΕΥΤΙΚΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ.....	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	66
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	66
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	67

Κατάλογος Πινάκων

<i>Πίνακας 1. Δημογραφικό και κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο Ελλάδας–ΕΕ, 2022</i>	<i>47</i>
<i>Πίνακας 2. Μη ικανοποιούμενες ανάγκες ιατρικής εξέτασης στην Ελλάδα ανά εισοδηματική ομάδα, 2024</i>	<i>48</i>
<i>Πίνακας 3. Αυτοαντιλαμβανόμενη υγεία στην Ελλάδα ανά εισοδηματική ομάδα, 2024</i>	<i>49</i>
<i>Πίνακας 4. Αδρός και τυποποιημένος δείκτης θνησιμότητας ανά ελληνική περιφέρεια, 2021.....</i>	<i>51</i>
<i>Πίνακας 5. Ιατροί ανά 100.000 κατοίκους ανά ελληνική περιφέρεια NUTS 2, 2020</i>	<i>53</i>
<i>Πίνακας 6. Διαθέσιμες νοσοκομειακές κλίνες ανά 100.000 κατοίκους ανά ελληνική περιφέρεια NUTS 2, 2023.....</i>	<i>54</i>
<i>Πίνακας 7. Διαχρονική εξέλιξη του κατά κεφαλήν ΑΕΠ ανά ελληνική περιφέρεια, 2001–2023</i>	<i>55</i>
<i>Πίνακας 8. Κατά κεφαλήν ΑΕΠ και τυποποιημένος δείκτης θνησιμότητας ανά περιφέρεια, 2001 και 2014.....</i>	<i>56</i>
<i>Πίνακας 9. Ποσοστά ανεργίας ανά ελληνική περιφέρεια σε επιλεγμένα έτη, 2008–2024</i>	<i>57</i>
<i>Πίνακας 10. Εκπαιδευτικό χάσμα σε επιλεγμένους δείκτες υγείας και πρόληψης στην Ελλάδα</i>	<i>57</i>
<i>Πίνακας 11. Διαχρονική εξέλιξη βασικών ηλικιακών ομάδων στην Ελλάδα, 1951–2025</i>	<i>58</i>

<i>Πίνακας 12. Επιλεγμένες ηλικιακές ομάδες και δημογραφικό προφίλ ανά ελληνική περιφέρεια, 2023</i>	<i>59</i>
<i>Πίνακας 13. Μεταβολή ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού Κέντρων Υγείας ανά περιφέρεια, 2023–2024</i>	<i>59</i>
<i>Πίνακας 14. Δείκτες πρόσβασης και οικονομικής προστασίας</i>	<i>60</i>
<i>Πίνακας 15. Κατανομή ανθρώπινων πόρων και οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας</i>	<i>61</i>
<i>Πίνακας 16. Βασικοί δείκτες υγείας και αποφεύξιμης θνησιμότητας</i>	<i>61</i>
<i>Πίνακας 17. Τυπολογία περιφερειακών ανισοτήτων στα τρία μεσογειακά συστήματα</i>	<i>62</i>
<i>Πίνακας 18. Στρατηγικές πρόληψης και μηχανισμοί ανακατανομής πόρων ..</i>	<i>64</i>

Κατάλογος Διαγραμμάτων

<i>Διάγραμμα 1. Μη ικανοποιούμενες ανάγκες ιατρικής εξέτασης στην Ελλάδα ανά εισοδηματική ομάδα, 2024.....</i>	<i>49</i>
<i>Διάγραμμα 2. Τάση θνησιμότητας στην Ελλάδα, 2018-2021</i>	<i>51</i>
<i>Διάγραμμα 3. Ιατροί ανά 100.000 κατοίκους ανά ελληνική περιφέρεια NUTS 2, 2020</i>	<i>53</i>
<i>Διάγραμμα 4. Σύγκριση Ελλάδας -ΕΕ σε δείκτες χρηματοδότησης και πρόσβασης</i>	<i>55</i>

Η σημασία της κοινωνικής επιδημιολογίας στη διαμόρφωση πολιτικών δημόσιας υγείας: Από τη θεωρία στη πράξη

Σημαντικοί Όροι: κοινωνική επιδημιολογία, ανισότητες υγείας, προσβασιμότητα, Δημόσια Υγεία.

Περίληψη

Η παρούσα διπλωματική εργασία εξετάζει τη συμβολή της κοινωνικής επιδημιολογίας στη διαμόρφωση πολιτικών Δημόσιας Υγείας, διερευνώντας τη σχέση κοινωνικοοικονομικών και δημογραφικών προσδιοριστών, πρόσβασης στις υπηρεσίες, περιφερειακής στελέχωσης και υγειονομικών εκβάσεων στην Ελλάδα. Η μελέτη βασίστηκε σε δευτερογενή δεδομένα της Eurostat, της ΕΛΣΤΑΤ, του ΟΟΣΑ, του European Observatory on Health Systems and Policies και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Εφαρμόστηκαν περιγραφική και συγκριτική ανάλυση, καθώς και διερευνητικός συντελεστής συσχέτισης Pearson για τη σχέση κατά κεφαλήν περιφερειακού ΑΕΠ και τυποποιημένης θνησιμότητας στα έτη με διαθέσιμα συγκρίσιμα δεδομένα. Τα ευρήματα ανέδειξαν σταθερές εισοδηματικές και χωρικές ανισότητες. Οι χαμηλότερες εισοδηματικές ομάδες παρουσίασαν υψηλότερες μη ικανοποιούμενες ανάγκες και δυσμενέστερη αυτοαντιλαμβανόμενη υγεία, ενώ η περιφερειακή ανάλυση κατέγραψε αρνητική συσχέτιση μεταξύ κατά κεφαλήν ΑΕΠ και τυποποιημένης θνησιμότητας το 2001 ($r=-0,73$, $p=0,012$) και το 2014 ($r=-0,55$, $p=0,049$). Η ανεργία, η εκπαιδευτική ανισότητα και η ασύμμετρη δημογραφική γήρανση λειτουργούν ως αλληλένδετοι μηχανισμοί ευαλωτότητας. Παράλληλα, διαπιστώθηκαν σημαντικές αποκλίσεις στην κατανομή ιατρών, νοσηλευτών, κλινών και προσωπικού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η σύγκριση με την Ιταλία, την Πορτογαλία και τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης ανέδειξε την υψηλή ιδιωτική επιβάρυνση, τις αυξημένες ανικανοποίητες ανάγκες και την ιδιαίτερα χαμηλή αναλογία νοσηλευτών προς ιατρούς στην Ελλάδα. Συμπερασματικά, απαιτείται αναλογικός καθολικισμός, χρηματοδότηση βάσει αναγκών, ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, στοχευμένη πρόληψη και πολυεπίπεδα κίνητρα στελέχωσης των νησιωτικών, ορεινών και απομακρυσμένων περιοχών.

The importance of social epidemiology in shaping public health policies: From theory to practice

Keywords: social epidemiology, health inequalities, accessibility, public health.

Abstract

This thesis examines the contribution of social epidemiology to public health policy by investigating the relationships among socioeconomic and demographic determinants, access to services, regional workforce distribution and health outcomes in Greece. The study used secondary data from Eurostat, ELSTAT, the OECD, the European Observatory on Health Systems and Policies and the World Health Organization. Descriptive and comparative analyses were conducted, together with an exploratory Pearson correlation between regional GDP per capita and standardised mortality for years with comparable data. The findings revealed persistent income-related and spatial inequalities. Lower-income groups reported higher unmet medical needs and poorer self-perceived health. At regional level, GDP per capita was negatively correlated with standardised mortality in 2001 ($r=-0.73$, $p=0.012$) and 2014 ($r=-0.55$, $p=0.049$). Unemployment, educational inequality and asymmetric population ageing emerged as interconnected mechanisms of vulnerability. Major differences were also identified in the distribution of physicians, nurses, hospital beds and primary health care personnel. Comparison with Italy, Portugal and the EU average highlighted Greece's high out-of-pocket burden, elevated unmet needs and exceptionally low nurse-to-physician ratio. The study concludes that proportionate universalism, needs-based financing, stronger primary health care, targeted prevention and multi-level incentives for staffing island, mountain and remote areas are necessary to reduce social and spatial health inequalities.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. Σημασία του θέματος

Η σημασία της κοινωνικής επιδημιολογίας στη διαμόρφωση πολιτικών Δημόσιας Υγείας αναδεικνύεται από την ανάγκη κατανόησης της υγείας ως κοινωνικά παραγόμενου φαινομένου, του οποίου οι εκβάσεις δεν κατανέμονται τυχαία στον πληθυσμό. Η νοσηρότητα, η θνησιμότητα, η αυτοαντιλαμβανόμενη υγεία και η πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας επηρεάζονται από το εισόδημα, την εκπαίδευση, την ηλικία, την απασχόληση, τη γεωγραφική θέση, την κοινωνική ασφάλεια και τη διαθεσιμότητα ανθρώπινων πόρων υγείας. Η κοινωνική επιδημιολογία παρέχει το αναλυτικό υπόβαθρο για τη συστηματική διερεύνηση αυτών των διαφοροποιήσεων, μετατρέποντας τις ανισότητες υγείας από αφηρημένη κοινωνική διαπίστωση σε μετρήσιμο αντικείμενο πολιτικής παρέμβασης. Η προσέγγιση αυτή είναι ιδιαίτερα κρίσιμη για συστήματα υγείας που επιδιώκουν καθολική κάλυψη, ισότιμη πρόσβαση και αποδοτική κατανομή πόρων, καθώς η μέση βελτίωση των δεικτών υγείας μπορεί να συνυπάρχει με έντονες ανισότητες μεταξύ κοινωνικών ομάδων και περιφερειών (Marmot, 2015, World Health Organization Regional Office for Europe, 2019).

Η διεθνής βιβλιογραφία τεκμηριώνει ότι οι κοινωνικοοικονομικοί προσδιοριστές επιδρούν άμεσα και έμμεσα στις εκβάσεις υγείας. Η εκπαίδευση επηρεάζει την υγειονομική παιδεία, τη χρήση προληπτικών υπηρεσιών, την επαγγελματική διαδρομή, το εισόδημα και τη δυνατότητα πλοήγησης σε σύνθετα συστήματα φροντίδας. Η πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση για την επίδραση της εκπαίδευσης στη θνησιμότητα ενηλίκων ενισχύει την άποψη ότι το μορφωτικό επίπεδο λειτουργεί ως θεμελιώδης κοινωνικός μηχανισμός διαφοροποίησης της επιβίωσης (Balaj et al., 2024). Αντίστοιχα, η οικονομική επισφάλεια και οι μεταβολές στο εισόδημα επηρεάζουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε φάρμακα, διαγνωστικές εξετάσεις και συνεχόμενη φροντίδα, ιδίως σε περιόδους κρίσης. Η εμπειρία της ελληνικής οικονομικής κρίσης ανέδειξε με σαφήνεια τη σχέση ανάμεσα στη λιτότητα, την αυξημένη συμμετοχή στο κόστος και την όξυνση εμποδίων πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας (Gouvalas et al., 2016, Karanikolos & Kentikelenis, 2016, Palladino et al., 2016).

Η ελληνική περίπτωση καθιστά το θέμα ακόμη πιο σημαντικό, επειδή συνδυάζει διαχρονικές κοινωνικές ανισότητες, δημογραφική γήρανση, περιφερειακή ανομοιογένεια και πιέσεις στη στελέχωση του συστήματος υγείας. Μελέτες για την περίοδο της οικονομικής κρίσης κατέγραψαν επιπτώσεις στη θνησιμότητα, στις συμπεριφορές υγείας και στην πρόσβαση σε υπηρεσίες, προσφέροντας ισχυρό υπόβαθρο για την ανάλυση των κοινωνικών μηχανισμών που συνδέουν την οικονομική συνθήκη με τη δημόσια υγεία (Filippidis et al., 2017, Laliotis et al., 2016). Παράλληλα, τα ελληνικά προφίλ υγείας του κύκλου State of Health in the EU επισημαίνουν ζητήματα που αφορούν την προσβασιμότητα, την πρόληψη, τη χρηματοδότηση και τις ανισότητες στο σύστημα υγείας, με χρήσιμες συγκριτικές αναφορές προς άλλες ευρωπαϊκές χώρες (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019, 2021, 2023). Η σύνδεση αυτών των δεδομένων με κοινωνικοεπιδημιολογική ανάλυση επιτρέπει την υπέρβαση μιας στενά περιγραφικής αποτύπωσης και οδηγεί σε ερμηνεία των διαφορών υγείας ως αποτελέσματος κοινωνικής οργάνωσης, θεσμικών επιλογών και κατανομής πόρων.

Η χωρική διάσταση των ανισοτήτων αποτελεί κεντρικό λόγο ανάδειξης της κοινωνικής επιδημιολογίας σε εργαλείο πολιτικής. Τα δεδομένα της Eurostat για τους δείκτες θνησιμότητας ανά περιφέρεια NUTS 2, την αυτοαντιλαμβανόμενη υγεία, τις ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρική εξέταση και τη διαθεσιμότητα νοσοκομειακών κλινών προσφέρουν τη δυνατότητα συγκριτικής ανάλυσης μεταξύ ελληνικών περιφερειών και ευρωπαϊκών περιοχών (Eurostat, 2024, 2025). Η περιφερειακή ανάλυση είναι αναγκαία, επειδή οι εθνικοί μέσοι όροι αποκρύπτουν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ αστικών κέντρων, νησιωτικών περιοχών, ορεινών ζωνών και κοινωνικά ευάλωτων πληθυσμών. Η πρόσφατη ευρωπαϊκή έρευνα για τη χωρική κατανομή της θνησιμότητας κατά την πανδημία COVID-19 ανέδειξε ότι οι επιπτώσεις ενός υγειονομικού κινδύνου κατανέμονται άνισα στον χώρο, ανάλογα με κοινωνικά, δημογραφικά και συστημικά χαρακτηριστικά (Bonnet et al., 2024, Konstantinoudis et al., 2022).

Ιδιαίτερη σημασία έχει η στελέχωση των υπηρεσιών υγείας, καθώς η επάρκεια και η κατανομή ιατρών, νοσηλευτών και λοιπού προσωπικού επηρεάζουν την πραγματική δυνατότητα πρόσβασης του πληθυσμού. Η ευρωπαϊκή βιβλιογραφία καταγράφει επίμονες περιφερειακές ανισορροπίες στην κατανομή υγειονομικού προσωπικού, με συνέπειες για την ισότητα, την ποιότητα και την ανθεκτικότητα των

συστημάτων υγείας (Winkelmann et al., 2020). Οι πολιτικές προσέλκυσης και διατήρησης επαγγελματιών υγείας, η ανακατανομή δεξιοτήτων και η ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποτελούν κρίσιμα πεδία παρέμβασης, ιδίως για περιοχές με δυσμενή γεωγραφικά ή κοινωνικά χαρακτηριστικά (Kroezen et al., 2015, Maier & Aiken, 2016, World Health Organization Regional Office for Europe, 2022). Για την Ελλάδα, η μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και οι προσπάθειες ενίσχυσης της καθολικής κάλυψης συνδέονται άμεσα με τη μείωση των εμποδίων πρόσβασης και την πρόληψη νοσημάτων (Emmanouilidou, 2021, Myloneros & Sakellariou, 2021).

Η πανδημία COVID-19 ενίσχυσε περαιτέρω τη σημασία του θέματος, καθώς λειτούργησε ως επιταχυντής και αποκαλυπτικός μηχανισμός προϋπαρχουσών ανισοτήτων. Η διεθνής βιβλιογραφία δείχνει ότι η έκθεση στον κίνδυνο, η δυνατότητα προστασίας, η βαρύτητα της νόσου και οι κοινωνικοοικονομικές συνέπειες των περιοριστικών μέτρων διαφοροποιήθηκαν ανάλογα με την κοινωνική θέση, την εργασία, το εισόδημα και την πρόσβαση σε υπηρεσίες (Ali et al., 2020, Bambra et al., 2020, Burström & Tao, 2020, Wachtler et al., 2020). Η συζήτηση αυτή έχει άμεση αξία για τη Δημόσια Υγεία, επειδή καταδεικνύει ότι οι πολιτικές πρόληψης χρειάζεται να σχεδιάζονται με κριτήρια κοινωνικής δικαιοσύνης, χωρικής στόχευσης και προστασίας των ευάλωτων ομάδων. Επομένως, η μελέτη της κοινωνικής επιδημιολογίας δεν εξαντλείται στην περιγραφή των ανισοτήτων. Συγκροτεί επιστημονική βάση για τεκμηριωμένες παρεμβάσεις, ιεράρχηση αναγκών, δίκαιη κατανομή πόρων και αποτελεσματικότερη χάραξη πολιτικών Δημόσιας Υγείας.

1.2. Διατύπωση του προβλήματος

Το κεντρικό πρόβλημα της παρούσας μελέτης αφορά την ανεπαρκή ενσωμάτωση των κοινωνικών και χωρικών προσδιοριστών της υγείας στον σχεδιασμό και την αξιολόγηση των πολιτικών Δημόσιας Υγείας. Παρά τη συστηματική τεκμηρίωση ότι η νοσηρότητα και η θνησιμότητα επηρεάζονται από το εισόδημα, την εκπαίδευση, την ηλικιακή σύνθεση, την επαγγελματική θέση και την πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας, οι πολιτικές υγείας συχνά εξακολουθούν να προσανατολίζονται σε οριζόντιες παρεμβάσεις, χωρίς επαρκή διαφοροποίηση ανά κοινωνική ομάδα και γεωγραφική περιοχή. Η διεθνής βιβλιογραφία αναδεικνύει ότι οι ανισότητες υγείας

αποτελούν διαχρονικό αποτέλεσμα άνισης κατανομής πόρων, ευκαιριών και κινδύνων, γεγονός που καθιστά τη Δημόσια Υγεία πεδίο άσκησης κοινωνικής πολιτικής και όχι αποκλειστικά πεδίο παροχής υπηρεσιών περίθαλψης (Marmot, 2015, World Health Organization Regional Office for Europe, 2019).

Στην Ελλάδα, το πρόβλημα αποκτά σύνθετη μορφή λόγω της συνύπαρξης οικονομικών περιορισμών, δημογραφικής γήρανσης, περιφερειακής ανομοιογένειας και ατελούς ανάπτυξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η οικονομική κρίση επηρέασε την πρόσβαση σε υπηρεσίες, αύξησε τα εμπόδια κόστους και ανέδειξε την ευαλωτότητα κοινωνικών ομάδων που εξαρτώνται περισσότερο από δημόσιες δομές φροντίδας (Gouvalas et al., 2016, Karanikolos & Kentikelenis, 2016). Παράλληλα, εμπειρικές μελέτες για την ελληνική περίπτωση κατέγραψαν μεταβολές στη θνησιμότητα, στις συμπεριφορές υγείας και στη χρήση υπηρεσιών, στοιχεία που υποδεικνύουν ότι οι κοινωνικοοικονομικές πιέσεις μπορούν να μεταφραστούν σε μετρήσιμες επιπτώσεις στη δημόσια υγεία (Filippidis et al., 2017, Laliotis et al., 2016).

Ένα δεύτερο σκέλος του προβλήματος αφορά την άνιση γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών και του ανθρώπινου δυναμικού υγείας. Η διαθεσιμότητα ιατρών, νοσηλευτών, νοσοκομειακών κλινών και υπηρεσιών πρώτης γραμμής δεν αποτελεί απλή διοικητική παράμετρο, επειδή επηρεάζει την πραγματική δυνατότητα έγκαιρης διάγνωσης, πρόληψης και θεραπευτικής συνέχειας. Τα ευρωπαϊκά δεδομένα δείχνουν ότι οι περιφερειακές διαφοροποιήσεις στους πόρους υγείας και στους δείκτες θνησιμότητας παραμένουν ουσιώδεις για την αποτίμηση της ισότητας των συστημάτων υγείας (Eurostat, 2021, 2025, Winkelmann et al., 2020). Για την Ελλάδα, τα προφίλ υγείας του State of Health in the EU καταγράφουν σταθερές προκλήσεις στην πρόσβαση, στη χρηματοδότηση και στην οργάνωση της φροντίδας, με συνέπειες για την αποτελεσματικότητα και την κοινωνική δικαιοσύνη του συστήματος (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021, 2023).

Το ερευνητικό κενό εντοπίζεται στη συνδυαστική εξέταση κοινωνικοοικονομικών δεικτών, δεικτών πρόσβασης, περιφερειακής στελέχωσης και εκβάσεων υγείας. Πολλές αναλύσεις εστιάζουν είτε στους κοινωνικούς προσδιοριστές είτε στη λειτουργία του συστήματος υγείας, με περιορισμένη σύνδεση μεταξύ των δύο διαστάσεων. Η παρούσα εργασία αντιμετωπίζει το πρόβλημα ως ζήτημα σχέσης ανάμεσα στην κοινωνική θέση, τον τόπο κατοικίας, τη διαθεσιμότητα υπηρεσιών και

τις υγειονομικές εκβάσεις, με στόχο την παραγωγή τεκμηριωμένων συμπερασμάτων για πιο στοχευμένες πολιτικές πρόληψης και ισότιμης κατανομής πόρων

1.3. Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας και η οργάνωση των υπηρεσιών φροντίδας επηρεάζουν τη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα και την κατανομή των υγειονομικών κινδύνων στον πληθυσμό. Η μελέτη εστιάζει στην κοινωνική επιδημιολογία ως επιστημονικό πεδίο που επιτρέπει τη σύνδεση κοινωνικών συνθηκών, υγειονομικών εκβάσεων και πολιτικών Δημόσιας Υγείας. Η βασική επιδίωξη είναι να αναλυθεί πώς παράγοντες όπως το εισόδημα, το επίπεδο εκπαίδευσης, η ηλικιακή σύνθεση, η ανεργία, η γεωγραφική θέση και η προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας διαμορφώνουν διαφορετικά επίπεδα ευαλωτότητας μεταξύ κοινωνικών ομάδων και περιφερειών. Η σχετική βιβλιογραφία τεκμηριώνει ότι οι ανισότητες υγείας συνδέονται με ευρύτερες κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες, καθώς και με την ικανότητα των συστημάτων υγείας να ανταποκρίνονται ισότιμα στις ανάγκες του πληθυσμού (Marmot, 2015, World Health Organization Regional Office for Europe, 2019).

Επιμέρους σκοπός είναι η αποτύπωση των περιφερειακών διαφοροποιήσεων στην Ελλάδα, με έμφαση στη σχέση μεταξύ κοινωνικοοικονομικών δεικτών, πρόσβασης στη φροντίδα και υγειονομικών εκβάσεων. Η ελληνική περίπτωση προσφέρεται για ανάλυση λόγω των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης, των διαφορών μεταξύ αστικών, νησιωτικών και απομακρυσμένων περιοχών, καθώς και των διαχρονικών προκλήσεων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Karanikolos & Kentikelenis, 2016, Emmanouilidou, 2021). Παράλληλα, η μελέτη στοχεύει στη διερεύνηση της στελέχωσης των υπηρεσιών υγείας, εξετάζοντας την κατανομή ιατρών, νοσηλευτών και λοιπού ανθρώπινου δυναμικού ως κρίσιμο παράγοντα πρόσβασης, συνέχειας της φροντίδας και πρόληψης. Η ευρωπαϊκή βιβλιογραφία έχει αναδείξει επίμονες χωρικές ανισορροπίες στην κατανομή του υγειονομικού προσωπικού, γεγονός που καθιστά αναγκαία την εμπειρική συσχέτιση της στελέχωσης με δείκτες υγείας (Winkelmann et al., 2020, World Health Organization Regional Office for Europe, 2022).

Η εργασία επιδιώκει επίσης τη συγκριτική προσέγγιση της Ελλάδας με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αξιοποιώντας διαθέσιμες πηγές όπως η Eurostat, ο

ΟΟΣΑ και ο κύκλος State of Health in the EU. Μέσω αυτής της σύγκρισης θα αναδειχθούν πιθανές αποκλίσεις σε δείκτες πρόσβασης, ανικανοποίητων αναγκών, θνησιμότητας και ανθρώπινων πόρων υγείας (Eurostat, 2024, OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023, OECD/European Union, 2024). Τελικός σκοπός είναι η παραγωγή τεκμηριωμένων συμπερασμάτων που μπορούν να υποστηρίξουν στοχευμένες πολιτικές πρόληψης, δίκαιη κατανομή πόρων και ενίσχυση της ισότητας στη Δημόσια Υγεία.

1.4. Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης διαμορφώνονται με βάση την ανάγκη συστηματικής διερεύνησης της σχέσης ανάμεσα στους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας, τη λειτουργική επάρκεια των υπηρεσιών φροντίδας και τις διαφοροποιήσεις στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα. Η σχετική βιβλιογραφία αναδεικνύει ότι οι ανισότητες υγείας παράγονται μέσα από σύνθετες αλληλεπιδράσεις κοινωνικών, οικονομικών, δημογραφικών και συστημικών παραγόντων, οι οποίοι χρειάζεται να εξετάζονται με συγκριτική και περιφερειακή ευαισθησία (Marmot, 2015, World Health Organization Regional Office for Europe, 2019).

- Πώς επηρεάζουν το εισόδημα, το μορφωτικό επίπεδο, η ηλικιακή σύνθεση και η ανεργία τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας στις ελληνικές περιφέρειες;
- Σε ποιο βαθμό οι ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρική φροντίδα και τα οικονομικά ή γεωγραφικά εμπόδια πρόσβασης συνδέονται με κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας (Eurostat, 2024, Fjaer et al., 2017);
- Πώς διαφοροποιείται η κατανομή ιατρών, νοσηλευτών και λοιπού υγειονομικού προσωπικού μεταξύ προβληματικών και μη προβληματικών περιοχών, και ποια είναι η σχέση της με τις υγειονομικές εκβάσεις (Winkelmann et al., 2020, World Health Organization Regional Office for Europe, 2022);
- Ποιες ομοιότητες και αποκλίσεις εμφανίζει η Ελλάδα σε σύγκριση με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ως προς την πρόσβαση, τη στελέχωση, τη θνησιμότητα και τις περιφερειακές ανισότητες υγείας (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023, OECD/European Union, 2024);

- Ποιες στοχευμένες πολιτικές πρόληψης και ανακατανομής πόρων μπορούν να συμβάλουν στη μείωση των κοινωνικών και χωρικών ανισοτήτων στη Δημόσια Υγεία;

1.5. Ερευνητικές υποθέσεις

Οι ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας μελέτης απορρέουν από τη θεωρητική παραδοχή ότι οι υγειονομικές εκβάσεις διαμορφώνονται μέσα από την αλληλεπίδραση κοινωνικοοικονομικών συνθηκών, χωρικής ανισότητας και οργανωτικής επάρκειας των συστημάτων υγείας. Η διεθνής και ελληνική βιβλιογραφία τεκμηριώνει ότι το εισόδημα, η εκπαίδευση, η πρόσβαση στη φροντίδα και η στελέχωση των υπηρεσιών υγείας συνδέονται με διαφοροποιήσεις στη νοσηρότητα, στη θνησιμότητα και στις ανικανοποίητες ανάγκες περίθαλψης (Marmot, 2015, Eurostat, 2024, Winkelmann et al., 2020).

- 1) Οι ελληνικές περιφέρειες με χαμηλότερο εισόδημα, υψηλότερη ανεργία και χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο αναμένεται να παρουσιάζουν δυσμενέστερους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας, καθώς οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες επηρεάζουν τη δυνατότητα πρόληψης, έγκαιρης διάγνωσης και συνεχούς φροντίδας (Balaj et al., 2024, Karanikolos & Kentikelenis, 2016).
- 2) Οι περιοχές με υψηλότερα ποσοστά ανικανοποίητων αναγκών για ιατρική φροντίδα αναμένεται να εμφανίζουν εντονότερες ανισότητες υγείας, ιδίως όταν τα εμπόδια πρόσβασης συνδέονται με κόστος, απόσταση ή καθυστέρηση στη λήψη υπηρεσιών (Eurostat, 2024, Fjaer et al., 2017).
- 3) Η χαμηλότερη αναλογία ιατρών, νοσηλευτών και λοιπού υγειονομικού προσωπικού ανά πληθυσμό αναμένεται να σχετίζεται με δυσμενέστερες υγειονομικές εκβάσεις, επειδή η στελέχωση επηρεάζει την προσβασιμότητα, τη συνέχεια της φροντίδας και την ανθεκτικότητα των υπηρεσιών υγείας (Kroezen et al., 2015, World Health Organization Regional Office for Europe, 2022).
- 4) Η Ελλάδα αναμένεται να παρουσιάζει μεγαλύτερη περιφερειακή ανομοιογένεια σε επιλεγμένους δείκτες πρόσβασης, στελέχωσης και θνησιμότητας σε σύγκριση με ευρωπαϊκές χώρες με πιο ανεπτυγμένους μηχανισμούς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023, OECD/European Union, 2024).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

2.1. Κοινωνική επιδημιολογία

Η κοινωνική επιδημιολογία συνιστά εξειδικευμένο πεδίο της επιδημιολογικής επιστήμης, το οποίο εξετάζει τον τρόπο με τον οποίο η κοινωνική οργάνωση, οι οικονομικές σχέσεις, οι θεσμικές ρυθμίσεις και οι χωρικές συνθήκες διαμορφώνουν την κατανομή της υγείας και της νόσου στον πληθυσμό. Η βασική της συμβολή έγκειται στη μετατόπιση της ανάλυσης από την ατομική έκθεση στον κίνδυνο προς τις κοινωνικές δομές που παράγουν διαφορετικά επίπεδα ευαλωτότητας. Η υγεία, επομένως, προσεγγίζεται ως αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης βιολογικών, κοινωνικών, οικονομικών και πολιτικών παραγόντων, οι οποίοι επηρεάζουν τόσο την πιθανότητα εμφάνισης νοσημάτων όσο και τη δυνατότητα πρόσβασης σε πρόληψη, διάγνωση και θεραπευτική φροντίδα. Η προσέγγιση αυτή έχει ουσιαστική σημασία για τη Δημόσια Υγεία, επειδή επιτρέπει την αναγνώριση πληθυσμιακών ομάδων και γεωγραφικών περιοχών που φέρουν δυσανάλογο φορτίο νοσηρότητας και θνησιμότητας (Marmot, 2015, World Health Organization Regional Office for Europe, 2019).

Κεντρική έννοια της κοινωνικής επιδημιολογίας είναι οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας. Οι προσδιοριστές αυτοί περιλαμβάνουν το εισόδημα, την εκπαίδευση, την εργασία, την κοινωνική προστασία, την κατοικία, το φύλο, την ηλικία, την εθνοτική ή μεταναστευτική θέση, καθώς και την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας. Η επίδρασή τους δεν περιορίζεται στην ατομική συμπεριφορά, καθώς συνδέεται με τις συνθήκες μέσα στις οποίες οι άνθρωποι γεννιούνται, αναπτύσσονται, εργάζονται και γηράσκουν. Για παράδειγμα, η εκπαίδευση επηρεάζει την υγειονομική παιδεία, τις επαγγελματικές ευκαιρίες και τη δυνατότητα κατανόησης και αξιοποίησης των υπηρεσιών υγείας. Η συστηματική ανασκόπηση των Balaj et al. (2024) υποστηρίζει τη σύνδεση μεταξύ εκπαιδευτικού επιπέδου και θνησιμότητας ενηλίκων, στοιχείο που ενισχύει την ανάγκη αντιμετώπισης της εκπαίδευσης ως κρίσιμου παράγοντα υγειονομικής ανισότητας.

Η κοινωνική επιδημιολογία δεν περιορίζεται στην καταγραφή διαφορών μεταξύ κοινωνικών ομάδων. Εστιάζει στους μηχανισμούς μέσω των οποίων οι κοινωνικές

ανισότητες μετατρέπονται σε υγειονομικές ανισότητες. Η οικονομική επισφάλεια μπορεί να μειώσει τη δυνατότητα κάλυψης άμεσων και έμμεσων δαπανών υγείας, να καθυστερήσει την αναζήτηση φροντίδας και να περιορίσει την πρόσβαση σε φαρμακευτική αγωγή ή προληπτικές εξετάσεις. Η εμπειρία της ελληνικής οικονομικής κρίσης ανέδειξε με σαφήνεια αυτή τη σχέση, καθώς η αύξηση της συμμετοχής στο κόστος και η πίεση στο δημόσιο σύστημα υγείας συνδέθηκαν με εντονότερα εμπόδια πρόσβασης και κοινωνική επιβάρυνση ευάλωτων ομάδων (Gouvalas et al., 2016, Karanikolos & Kentikelenis, 2016). Αντίστοιχα, οι Palladino et al. (2016) έδειξαν ότι η αύξηση του cost sharing σε ευρωπαϊκά συστήματα υγείας κατά την περίοδο της ύφεσης αποτέλεσε παράγοντα επιδείνωσης των ανισοτήτων στην πρόσβαση.

Η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί βασική αναλυτική διάσταση της κοινωνικής επιδημιολογίας, επειδή οι ίδιες υγειονομικές ανάγκες δεν οδηγούν πάντοτε σε ισότιμη χρήση υπηρεσιών. Τα δεδομένα για τις ανικανοποίητες ανάγκες ιατρικής φροντίδας τεκμηριώνουν την ύπαρξη κοινωνικών διαφοροποιήσεων που σχετίζονται με κόστος, απόσταση, χρόνο αναμονής και εισοδηματική θέση (Eurostat, 2024). Η ευρωπαϊκή ανάλυση των Fjaer et al. (2017) δείχνει ότι η υποκειμενική αντίληψη ανικανοποίητης ανάγκης για φροντίδα διαφοροποιείται μεταξύ κοινωνικών ομάδων, στοιχείο που αναδεικνύει τη σημασία της εμπειρίας του ασθενούς και της κοινωνικής θέσης στην αποτίμηση της πραγματικής πρόσβασης. Η κοινωνική επιδημιολογία, συνεπώς, παρέχει μεθοδολογικό υπόβαθρο για τη σύνδεση δεικτών πρόσβασης με υγειονομικές εκβάσεις και πολιτικές ανακατανομής πόρων.

Η χωρική διάσταση έχει κεντρική θέση στη σύγχρονη κοινωνικοεπιδημιολογική σκέψη. Η υγεία δεν κατανέμεται ομοιόμορφα μεταξύ περιφερειών, καθώς ο τόπος κατοικίας επηρεάζει την έκθεση σε κινδύνους, τη διαθεσιμότητα υπηρεσιών, τη μετακίνηση προς δομές φροντίδας και την επάρκεια ανθρώπινου δυναμικού. Τα δεδομένα της Eurostat για δείκτες θνησιμότητας, αυτοαντιλαμβανόμενης υγείας, νοσοκομειακών κλινών και υγειονομικού προσωπικού σε περιφερειακό επίπεδο επιτρέπουν τη συγκριτική ανάλυση μεταξύ ελληνικών περιφερειών και χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Eurostat, 2021, 2025). Η χωρική επιδημιολογική ανάλυση είναι χρήσιμη διότι αποκαλύπτει ανισότητες που συχνά αποκρύπτονται από τους εθνικούς μέσους όρους. Η μελέτη των Winkelmann et al. (2020) κατέγραψε σημαντικές περιφερειακές διαφοροποιήσεις στην κατανομή ιατρών,

νοσηλευτών και μαιών στην Ευρώπη, στοιχείο που συνδέει τη στελέχωση με την ισότητα πρόσβασης και την αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας.

Η ελληνική περίπτωση προσφέρει γόνιμο πεδίο εφαρμογής της κοινωνικής επιδημιολογίας λόγω της συνύπαρξης κοινωνικοοικονομικών πιέσεων, γεωγραφικών ιδιαιτεροτήτων και μεταρρυθμιστικών προκλήσεων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Οι μελέτες των Filippidis et al. (2017) και Laliotis et al. (2016) ανέδειξαν τη σύνδεση οικονομικής κρίσης, πρόσβασης, συμπεριφορών υγείας και θνησιμότητας. Η μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του 2017 επιχειρήθηκε να βελτιώσει την πρόσβαση και τον συντονισμό της φροντίδας, ενώ η αξιολόγησή της ανέδειξε περιορισμούς που σχετίζονται με οικονομικούς και επαγγελματικούς παράγοντες (Emmanouilidou, 2021). Η scoping review των Myloneros και Sakellariou (2021) επισημαίνει ότι η επίτευξη καθολικής κάλυψης στην Ελλάδα εξαρτάται από την πραγματική λειτουργική ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και από την ικανότητα του συστήματος να ανταποκρίνεται στις ανάγκες διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων.

Η πανδημία COVID-19 ανέδειξε την κοινωνική επιδημιολογία ως κρίσιμο εργαλείο κατανόησης σύγχρονων υγειονομικών κρίσεων. Η έκθεση στον ιό, η δυνατότητα τηλεργασίας, η πυκνότητα κατοικίας, η συννοσηρότητα, η οικονομική ασφάλεια και η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας διαφοροποίησαν την κατανομή κινδύνου μεταξύ κοινωνικών ομάδων. Οι Bambra et al. (2020), Burström και Tao (2020) και Wachtler et al. (2020) τεκμηρίωσαν ότι η πανδημία ενίσχυσε προϋπάρχουσες κοινωνικές ανισότητες, ενώ οι Bonnet et al. (2024) και Konstantinoudis et al. (2022) ανέδειξαν τις χωρικές διαφορές στο φορτίο θνησιμότητας στην Ευρώπη. Η εμπειρία αυτή υποδεικνύει ότι η Δημόσια Υγεία χρειάζεται να ενσωματώνει κοινωνικοεπιδημιολογικά κριτήρια στον σχεδιασμό πρόληψης, επιτήρησης και διαχείρισης κρίσεων.

Η κοινωνική επιδημιολογία λειτουργεί ως γέφυρα μεταξύ επιστημονικής τεκμηρίωσης και πολιτικής δράσης. Μέσω της ανάλυσης κοινωνικών προσδιοριστών, δεικτών πρόσβασης, περιφερειακών διαφορών και στελέχωσης, μπορεί να καθοδηγήσει πολιτικές πρόληψης, ενίσχυσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, δίκαιης κατανομής ανθρώπινου δυναμικού και μείωσης των ανικανοποίητων αναγκών. Οι διεθνείς κατευθύνσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τους ανθρώπινους

πόρους υγείας και την καθολική κάλυψη συνδέουν ευθέως την επάρκεια προσωπικού, την προσβασιμότητα και την κοινωνική ισότητα με τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας (World Health Organization, 2016, 2019, World Health Organization Regional Office for Europe, 2022). Επομένως, η κοινωνική επιδημιολογία παρέχει το αναγκαίο επιστημονικό πλαίσιο για την κατανόηση των ανισοτήτων υγείας και για τη διαμόρφωση πολιτικών Δημόσιας Υγείας που στηρίζονται σε τεκμηριωμένες πληθυσμιακές ανάγκες.

2.2. Κοινωνικοοικονομικοί προσδιοριστές υγείας

Οι κοινωνικοοικονομικοί προσδιοριστές της υγείας συγκροτούν έναν από τους βασικούς άξονες της κοινωνικής επιδημιολογίας, καθώς εξηγούν γιατί η κατανομή της νοσηρότητας και της θνησιμότητας εμφανίζει σταθερές διαφοροποιήσεις μεταξύ κοινωνικών ομάδων. Η υγεία επηρεάζεται από τις υλικές συνθήκες διαβίωσης, το επίπεδο εκπαίδευσης, την εργασιακή ασφάλεια, το εισόδημα, την κοινωνική προστασία και τη δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες πρόληψης και θεραπείας. Οι παράγοντες αυτοί δεν λειτουργούν απομονωμένα. Συγκροτούν αλληλένδετους μηχανισμούς που επηρεάζουν την έκθεση σε κινδύνους, τη δυνατότητα υιοθέτησης υγιεινών συμπεριφορών, τη χρήση υπηρεσιών υγείας και τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων. Η προσέγγιση του Marmot (2015) αναδεικνύει ότι οι ανισότητες υγείας εδράζονται σε κοινωνικές ιεραρχίες και σε άνισες ευκαιρίες ελέγχου πάνω στις συνθήκες ζωής, εργασίας και φροντίδας. Αντίστοιχα, η έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την ισότητα στην υγεία στην Ευρώπη υπογραμμίζει ότι η εισοδηματική ασφάλεια, οι αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης και οι προσβάσιμες υπηρεσίες υγείας αποτελούν κρίσιμες προϋποθέσεις για τη μείωση των ανισοτήτων (World Health Organization Regional Office for Europe, 2019).

Το εισόδημα αποτελεί καθοριστικό δείκτη κοινωνικοοικονομικής θέσης, επειδή επηρεάζει άμεσα την ικανότητα των ατόμων να καλύπτουν ανάγκες που σχετίζονται με τη διατροφή, τη στέγαση, τη μετακίνηση, τη φαρμακευτική αγωγή και τη χρήση υπηρεσιών υγείας. Η οικονομική επισφάλεια αυξάνει τον κίνδυνο καθυστέρησης στη λήψη φροντίδας και μπορεί να ενισχύσει την εξάρτηση από ήδη πιεσμένες δημόσιες δομές. Η εμπειρία της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα κατέδειξε ότι η αύξηση της συμμετοχής στο κόστος και η μείωση της αγοραστικής δύναμης επιβάρυναν την

πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, ιδίως για ομάδες με χαμηλότερους οικονομικούς πόρους (Gouvalas et al., 2016). Η μελέτη των Karanikolos και Kentikelenis (2016) συνδέει τις πολιτικές λιτότητας με την όξυνση των ανισοτήτων υγείας στην Ελλάδα, ενώ η ανάλυση των Palladino et al. (2016) σε ευρωπαϊκά συστήματα υγείας δείχνει ότι η αυξημένη συμμετοχή στο κόστος κατά την περίοδο της ύφεσης επηρέασε δυσμενώς την ισότητα πρόσβασης. Οι παρατηρήσεις αυτές αναδεικνύουν ότι η οικονομική πολιτική και η πολιτική υγείας συναντώνται στο πεδίο της καθημερινής δυνατότητας των πολιτών να χρησιμοποιούν έγκαιρα και αποτελεσματικά τις υπηρεσίες φροντίδας.

Η εκπαίδευση αποτελεί δεύτερο κρίσιμο προσδιοριστή, καθώς συνδέεται με την υγειονομική παιδεία, την επαγγελματική θέση, το εισόδημα και την ικανότητα πλοήγησης στο σύστημα υγείας. Υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο μπορεί να διευκολύνει την κατανόηση προληπτικών οδηγιών, τη συμμόρφωση σε θεραπευτικά σχήματα και την αναζήτηση υπηρεσιών σε πρώιμα στάδια της νόσου. Η συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση των Balaj et al. (2024) τεκμηριώνει τη σχέση μεταξύ εκπαίδευσης και θνησιμότητας ενηλίκων, ενισχύοντας την άποψη ότι η εκπαίδευση λειτουργεί ως δομικός παράγοντας διαφοροποίησης της επιβίωσης. Παρόμοια, η ευρωπαϊκή μελέτη των Long και συνεργατών (2023) αναδεικνύει τη διεύρυνση εκπαιδευτικών ανισοτήτων στη θνησιμότητα σε νεότερες γενεές, στοιχείο που δείχνει ότι οι κοινωνικές διαφορές δεν αποτελούν υπολειμματικό φαινόμενο παλαιότερων περιόδων. Η υγειονομική παιδεία, ιδίως στους ηλικιωμένους, συνδέεται με την καθημερινή διαχείριση της υγείας και με τη δυνατότητα αξιοποίησης υπηρεσιών, όπως καταγράφεται σε συγκριτική μελέτη σε Ελλάδα, Ουγγαρία και Ολλανδία (de Wit et al., 2020).

Η εργασιακή θέση και η ανεργία συνδέονται επίσης με πολλαπλούς υγειονομικούς μηχανισμούς. Η απώλεια εργασίας μπορεί να επηρεάσει το εισόδημα, την ψυχική υγεία, την κοινωνική ένταξη και την ασφαλιστική κάλυψη. Παράλληλα, ορισμένες μορφές απασχόλησης συνοδεύονται από αυξημένη έκθεση σε επαγγελματικούς κινδύνους, περιορισμένη δυνατότητα πρόληψης και χαμηλότερη ευελιξία για αναζήτηση φροντίδας. Η πανδημία COVID-19 κατέστησε ορατές αυτές τις διαφοροποιήσεις, καθώς οι εργαζόμενοι σε επισφαλείς ή μη τηλεργάσιμες θέσεις βρέθηκαν συχνότερα εκτεθειμένοι σε υγειονομικούς και οικονομικούς κινδύνους (Blundell et al., 2020, Witteveen, 2020). Οι κοινωνικοοικονομικές συνέπειες της πανδημίας στην Ελλάδα καταγράφηκαν και από τον Zavras (2021), ο οποίος ανέλυσε

την επίδραση της COVID-19 στα εισοδήματα, αναδεικνύοντας τη σχέση ανάμεσα στην οικονομική ευαλωτότητα και στη Δημόσια Υγεία.

Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί πεδίο στο οποίο οι κοινωνικοοικονομικοί προσδιοριστές αποκτούν άμεση πρακτική έκφραση. Οι ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρική εξέταση αντανakλούν εμπόδια που σχετίζονται με το κόστος, την απόσταση, τον χρόνο αναμονής ή την αδυναμία μετακίνησης. Τα δεδομένα της Eurostat για τις ανικανοποίητες ανάγκες ανά εισοδηματικό πεμπτημόριο επιτρέπουν τη μέτρηση των κοινωνικών διαφορών στην πρόσβαση, ενώ η σχετική ευρωπαϊκή ανάλυση υπογραμμίζει ότι οι δείκτες αυτοί αποτελούν κρίσιμο εργαλείο αξιολόγησης της ισότητας στα συστήματα υγείας (Eurostat, 2024). Η μελέτη των Fjaer et al. (2017), βασισμένη στο European Social Survey, δείχνει ότι οι αντιλαμβανόμενες ανικανοποίητες ανάγκες διαφοροποιούνται μεταξύ κοινωνικών ομάδων, γεγονός που ενισχύει την ανάγκη να εξετάζονται οι εμπειρίες πρόσβασης πέρα από τη θεσμική ύπαρξη υπηρεσιών. Στην Ελλάδα, οι Rotarou και Sakellariou (2019) ανέδειξαν εμπόδια πρόσβασης για άτομα με αναπηρία κατά την περίοδο της λιτότητας, προσφέροντας εμπειρική τεκμηρίωση για τον τρόπο με τον οποίο η κοινωνική ευαλωτότητα εντείνει την υγειονομική ανισότητα.

Η περιφερειακή διάσταση ενισχύει την πολυπλοκότητα των κοινωνικοοικονομικών προσδιοριστών, καθώς η κοινωνική θέση διασταυρώνεται με τον τόπο κατοικίας. Οι ελληνικές περιφέρειες διαφέρουν ως προς το εισόδημα, την ηλικιακή σύνθεση, την προσβασιμότητα, τη διαθεσιμότητα υπηρεσιών και τη στελέχωση. Τα δεδομένα της Eurostat για την αυτοαντιλαμβανόμενη υγεία, τη θνησιμότητα και τους περιφερειακούς δείκτες υγείας παρέχουν τη βάση για συγκριτική ανάλυση μεταξύ Ελλάδας και Ευρωπαϊκής Ένωσης (Eurostat, 2025). Τα προφίλ υγείας της Ελλάδας στον κύκλο State of Health in the EU καταγράφουν σταθερές προκλήσεις ως προς την πρόσβαση, την πρόληψη και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021, 2023). Η σύνδεση κοινωνικοοικονομικών δεικτών με περιφερειακές υγειονομικές εκβάσεις επιτρέπει την ανάπτυξη πολιτικών που στοχεύουν σε πληθυσμούς και περιοχές με μεγαλύτερο φορτίο κινδύνου, με έμφαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στην πρόληψη και στην ανακατανομή πόρων.

2.3. Ηλικία και δημογραφικοί παράγοντες

Η ηλικία και οι δημογραφικοί παράγοντες αποτελούν θεμελιώδεις μεταβλητές της κοινωνικής επιδημιολογίας, επειδή επηρεάζουν τόσο την κατανομή των νοσημάτων όσο και τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Η ηλικιακή σύνθεση ενός πληθυσμού συνδέεται με τη συχνότητα χρόνιων νοσημάτων, την πολυνοσηρότητα, την ανάγκη συνεχούς φροντίδας, τη φαρμακευτική κατανάλωση και την εξάρτηση από δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, νοσοκομειακές υπηρεσίες και μακροχρόνια φροντίδα. Η δημογραφική γήρανση μεταβάλλει την επιδημιολογική εικόνα των κοινωνιών, καθώς αυξάνει το βάρος των μη μεταδοτικών νοσημάτων, των λειτουργικών περιορισμών και των αναγκών αποκατάστασης. Η ανάλυση της ηλικίας, επομένως, δεν αφορά μόνο τη βιολογική φθορά που συνοδεύει τη γήρανση, επειδή συνδέεται με κοινωνικές διαφορές στην πρόσβαση, στο εισόδημα, στην εκπαίδευση, στην κοινωνική υποστήριξη και στη γεωγραφική εγγύτητα προς τις υπηρεσίες υγείας (Marmot, 2015, World Health Organization Regional Office for Europe, 2019).

Στην κοινωνικοεπιδημιολογική ανάλυση, η ηλικία λειτουργεί ως άξονας διαφοροποίησης της ευαλωτότητας. Οι ηλικιωμένοι πληθυσμοί παρουσιάζουν αυξημένες ανάγκες φροντίδας, όμως η δυνατότητα κάλυψης αυτών των αναγκών εξαρτάται από την οικονομική κατάσταση, την οικογενειακή υποστήριξη, το μορφωτικό επίπεδο και την οργάνωση του συστήματος υγείας. Η υγειονομική παιδεία αποκτά αυξημένη αξία στις μεγαλύτερες ηλικίες, καθώς επηρεάζει την κατανόηση ιατρικών οδηγιών, τη συμμόρφωση σε θεραπευτικά σχήματα και την ικανότητα έγκαιρης αναζήτησης φροντίδας. Η μελέτη των de Wit et al. (2020), η οποία εξέτασε ηλικιωμένους στην Ελλάδα, την Ουγγαρία και την Ολλανδία, ανέδειξε ότι η υγειονομική παιδεία συνδέεται με καθημερινές πρακτικές διαχείρισης της υγείας και με τη δυνατότητα των μεγαλύτερων ηλικιακών ομάδων να αλληλεπιδρούν αποτελεσματικά με τις υπηρεσίες φροντίδας. Το εύρημα αυτό είναι κρίσιμο για πολιτικές πρόληψης που απευθύνονται σε γηράσκοντες πληθυσμούς, ιδίως σε χώρες με υψηλό ποσοστό ηλικιωμένων.

Η δημογραφική γήρανση έχει άμεσες συνέπειες για τη στελέχωση και τη χωρική κατανομή των υπηρεσιών υγείας. Οι περιοχές με υψηλότερο ποσοστό ηλικιωμένων χρειάζονται επαρκή διαθεσιμότητα γενικών ιατρών, νοσηλευτών, υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας, δομών αποκατάστασης και μηχανισμών συντονισμένης παρακολούθησης χρόνιων ασθενών. Η ανεπάρκεια ανθρώπινου δυναμικού σε τέτοιες

περιοχές μπορεί να επιτείνει τις ανισότητες, καθώς η αυξημένη ανάγκη φροντίδας συναντά περιορισμένη υγειονομική υποδομή. Η ευρωπαϊκή ανάλυση των Winkelmann et al. (2020) κατέγραψε περιφερειακές διαφοροποιήσεις στην κατανομή ιατρών, νοσηλευτών και μαιών, δείχνοντας ότι η στελέχωση δεν κατανέμεται πάντοτε σύμφωνα με τις πληθυσμιακές ανάγκες. Η έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για το υγειονομικό και φροντιστικό εργατικό δυναμικό στην Ευρώπη αναδεικνύει επίσης ότι η γήρανση του πληθυσμού αυξάνει την πίεση στα συστήματα υγείας και απαιτεί στρατηγικό σχεδιασμό ανθρώπινων πόρων (World Health Organization Regional Office for Europe, 2022).

Η ελληνική περίπτωση παρουσιάζει αυξημένη αναλυτική αξία, καθώς συνδυάζει γήρανση πληθυσμού, περιφερειακή ανομοιογένεια και δυσκολίες στην ανάπτυξη ισχυρής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Οι νησιωτικές, ορεινές και απομακρυσμένες περιοχές συχνά αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες δυσκολίες πρόσβασης, λόγω απόστασης, περιορισμένων μεταφορικών δυνατοτήτων και ελλείψεων σε ανθρώπινο δυναμικό. Τα ελληνικά προφίλ υγείας του State of Health in the EU καταγράφουν διαχρονικές προκλήσεις στην πρόσβαση, στην πρόληψη και στην αποδοτικότητα του συστήματος υγείας, με δημογραφικούς παράγοντες να επηρεάζουν τη ζήτηση και την κατανομή των υπηρεσιών (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021, 2023). Η μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα συνδέθηκε με την ανάγκη καλύτερης πρόσβασης και συντονισμού της φροντίδας, ιδίως για πληθυσμούς με χρόνιες ανάγκες και αυξημένη χρήση υπηρεσιών (Emmanouilidou, 2021, Myloneros & Sakellariou, 2021).

Οι δημογραφικοί παράγοντες αποκτούν επιπλέον σημασία κατά την ανάλυση της θνησιμότητας και της συγκρισιμότητας μεταξύ περιφερειών και χωρών. Οι δείκτες ακαθάριστης θνησιμότητας επηρεάζονται έντονα από την ηλικιακή δομή του πληθυσμού, γεγονός που καθιστά αναγκαία τη χρήση τυποποιημένων δεικτών κατά ηλικία όταν εξετάζονται ανισότητες μεταξύ περιοχών. Τα δεδομένα της Eurostat για τους τυποποιημένους δείκτες θνησιμότητας ανά περιφέρεια NUTS 2 επιτρέπουν πιο έγκυρη σύγκριση μεταξύ ελληνικών περιφερειών και ευρωπαϊκών περιοχών, περιορίζοντας τη στρέβλωση που προκαλεί η διαφορετική ηλικιακή σύνθεση (Eurostat, 2025). Παράλληλα, οι δείκτες αυτοαντιλαμβανόμενης υγείας ανά ηλικία και εισοδηματικό πεμπτημόριο αποτυπώνουν τη συνάρθρωση ηλικίας και

κοινωνικοοικονομικής θέσης, αναδεικνύοντας ότι η γήρανση βιώνεται διαφορετικά ανάλογα με τους διαθέσιμους πόρους και το κοινωνικό περιβάλλον (Eurostat, 2025).

Η πανδημία COVID-19 κατέδειξε με έντονο τρόπο τη σημασία ηλικίας και δημογραφικής σύνθεσης στην κοινωνική κατανομή του κινδύνου. Οι μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες εμφάνισαν υψηλότερο κίνδυνο σοβαρής νόσησης και θνησιμότητας, ενώ οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και η πρόσβαση στις υπηρεσίες επηρέασαν την προστασία και την αντιμετώπιση του κινδύνου. Οι μελέτες των Bambra et al. (2020), Burström και Tao (2020) και Wachtler et al. (2020) ανέδειξαν ότι η πανδημική ευαλωτότητα διαμορφώθηκε από τη διασταύρωση ηλικίας, κοινωνικής θέσης και πρόσβασης σε πόρους. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, οι αναλύσεις περιφερειακής υπερβάλλουσας θνησιμότητας ανέδειξαν σημαντικές χωρικές διαφοροποιήσεις, γεγονός που υπογραμμίζει την ανάγκη συνδυασμού δημογραφικών, κοινωνικών και συστημικών δεικτών στη χάραξη πολιτικών Δημόσιας Υγείας (Bonnet et al., 2024, Konstantinoudis et al., 2022).

2.4. Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας

Η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί κεντρική διάσταση της κοινωνικής επιδημιολογίας, επειδή καθορίζει τον βαθμό στον οποίο οι υγειονομικές ανάγκες μετατρέπονται σε έγκαιρη, κατάλληλη και αποτελεσματική φροντίδα. Η ύπαρξη υπηρεσιών υγείας σε θεσμικό επίπεδο δεν επαρκεί για την επίτευξη ισότητας, εφόσον οι πληθυσμιακές ομάδες διαφοροποιούνται ως προς την οικονομική δυνατότητα, τη γεωγραφική εγγύτητα, τον χρόνο αναμονής, τη διοικητική πλοήγηση, την υγειονομική παιδεία και τη διαθεσιμότητα ανθρώπινου δυναμικού. Η προσβασιμότητα, επομένως, συνδέεται άμεσα με τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας και με την ικανότητα του συστήματος να ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού. Η διεθνής συζήτηση για την καθολική κάλυψη υγείας αναγνωρίζει την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως βασικό μηχανισμό μείωσης των ανισοτήτων, καθώς μπορεί να λειτουργήσει ως σημείο πρώτης επαφής, συνέχειας της φροντίδας και πρόληψης νοσημάτων (Binagwaho & Ghebreyesus, 2019, Kluge et al., 2018, World Health Organization, 2019).

Στην κοινωνικοεπιδημιολογική ανάλυση, η πρόσβαση δεν ταυτίζεται με τη χρήση υπηρεσιών. Η χρήση επηρεάζεται από την αναγνώριση της ανάγκης, την οικονομική δυνατότητα, την εμπιστοσύνη προς το σύστημα, τη χωρική απόσταση και

την οργανωτική επάρκεια των δομών. Οι ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρική φροντίδα αποτελούν σημαντικό δείκτη αυτού του κενού, επειδή αποτυπώνουν περιπτώσεις όπου άτομα που χρειάζονται φροντίδα δεν τη λαμβάνουν. Τα δεδομένα της Eurostat για τις ανικανοποίητες ανάγκες ανά φύλο, ηλικία, αιτία και εισοδηματικό πεμπτημόριο επιτρέπουν τη συστηματική ανάλυση των κοινωνικών διαφορών στην πρόσβαση, ιδίως ως προς το κόστος, τις λίστες αναμονής και την απόσταση από τις υπηρεσίες (Eurostat, 2024). Η συγκριτική ευρωπαϊκή μελέτη των Fjaer et al. (2017) καταδεικνύει ότι η αντιλαμβανόμενη ανικανοποίητη ανάγκη διαφοροποιείται μεταξύ κοινωνικών ομάδων, γεγονός που επιβεβαιώνει ότι η πρόσβαση αποτελεί κοινωνικά διαμεσολαβημένη εμπειρία και όχι απλή διοικητική δυνατότητα.

Η οικονομική προσβασιμότητα έχει καθοριστική επίδραση στην ισότητα της φροντίδας. Όταν η συμμετοχή στο κόστος αυξάνεται ή όταν οι άμεσες και έμμεσες δαπάνες φροντίδας υπερβαίνουν τις δυνατότητες των νοικοκυριών, η έγκαιρη χρήση υπηρεσιών μειώνεται, η πρόληψη καθυστερεί και η νόσος συχνά αντιμετωπίζεται σε πιο προχωρημένα στάδια. Η ελληνική οικονομική κρίση ανέδειξε με σαφήνεια αυτή τη σχέση. Οι Gouvalas et al. (2016) τεκμηρίωσαν την αύξηση των ποσοστών συμμετοχής στο κόστος κατά την περίοδο βαθιάς ύφεσης, ενώ οι Karanikolos και Kentikelenis (2016) συνέδεσαν τη λιτότητα με την επιβάρυνση των ανισοτήτων υγείας στην Ελλάδα. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, οι Palladino et al. (2016) έδειξαν ότι η αυξημένη οικονομική συμμετοχή σε συστήματα υγείας κατά την περίοδο της Μεγάλης Ύφεσης επηρέασε δυσμενώς την πρόσβαση, ιδίως για κοινωνικά ευάλωτους πληθυσμούς. Η πρόσβαση, συνεπώς, συνδέεται με τη χρηματοδότηση του συστήματος, την προστασία από καταστροφικές δαπάνες και την κοινωνική πολιτική.

Η γεωγραφική προσβασιμότητα αποτελεί δεύτερη κρίσιμη συνιστώσα, ιδίως σε χώρες με νησιωτικές, ορεινές ή αραιοκατοικημένες περιοχές. Η απόσταση από δομές υγείας, η δυσκολία μετακίνησης, η περιορισμένη συχνότητα υπηρεσιών και η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού μπορούν να μετατρέψουν μια θεωρητικά διαθέσιμη υπηρεσία σε πρακτικά απρόσιτη. Η μελέτη των de Oliveira et al. (2017) για την Πορτογαλία αναδεικνύει τις δυσκολίες βελτίωσης της γεωγραφικής προσβασιμότητας των ιατρών και προσφέρει συγκριτικό παράδειγμα πολιτικών προσέλκυσης και διατήρησης προσωπικού σε περιοχές με ελλείψεις. Η ευρωπαϊκή ανάλυση των Winkelmann et al. (2020) καταγράφει σημαντικές περιφερειακές διαφοροποιήσεις στην κατανομή ιατρών, νοσηλευτών και μαιών, υποδεικνύοντας ότι η προσβασιμότητα

εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη χωρική κατανομή του υγειονομικού ανθρώπινου δυναμικού. Τα περιφερειακά δεδομένα της Eurostat για το προσωπικό υγείας, τις κλίνες και τους δείκτες θνησιμότητας επιτρέπουν την εμπειρική διερεύνηση αυτών των διαφορών σε επίπεδο NUTS 2 (Eurostat, 2021, 2025).

Στην Ελλάδα, το ζήτημα της προσβασιμότητας συνδέεται με χρόνιες οργανωτικές αδυναμίες, άνιση περιφερειακή κατανομή πόρων και περιορισμένη ανάπτυξη ολοκληρωμένης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η μεταρρύθμιση του 2017 επιδίωξε να ενισχύσει την πρόσβαση μέσω νέων δομών και οικογενειακού ιατρού, όμως η εφαρμογή της επηρεάστηκε από οικονομικούς, διοικητικούς και επαγγελματικούς περιορισμούς (Emmanouilidou, 2021). Η ανασκόπηση των Myloneros και Sakellariou (2021) δείχνει ότι η αποτελεσματικότητα των μεταρρυθμίσεων της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ως προς την καθολική κάλυψη εξαρτάται από τη λειτουργική επάρκεια, τη στελέχωση και την πραγματική ενσωμάτωση των υπηρεσιών στην κοινότητα. Τα ελληνικά προφίλ υγείας του κύκλου State of Health in the EU επισημαίνουν διαχρονικές προκλήσεις στην πρόσβαση, στη χρηματοδότηση και στην πρόληψη, με συνέπειες για την ισότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021, 2023).

Η προσβασιμότητα αποκτά πρόσθετη κοινωνική διάσταση όταν εξετάζονται ευάλωτες ομάδες. Τα άτομα με αναπηρία, οι ηλικιωμένοι, οι χαμηλού εισοδήματος πληθυσμοί και οι κάτοικοι απομακρυσμένων περιοχών αντιμετωπίζουν συχνά πολλαπλά εμπόδια ταυτόχρονα. Η μελέτη των Rotarou και Sakellariou (2019) για τα άτομα με αναπηρία στην Ελλάδα κατέγραψε ανικανοποίητες ανάγκες κατά την περίοδο της λιτότητας, αναδεικνύοντας τη συσσώρευση οικονομικών, διοικητικών και κοινωνικών φραγμών. Η υγειονομική παιδεία αποτελεί επίσης παράγοντα πρόσβασης, καθώς επηρεάζει την ικανότητα κατανόησης οδηγιών, αναζήτησης πληροφορίας και χρήσης διαθέσιμων υπηρεσιών. Η μελέτη των de Wit et al. (2020) σε ηλικιωμένους στην Ελλάδα, την Ουγγαρία και την Ολλανδία δείχνει ότι η καθημερινή διαχείριση της υγείας συνδέεται με δεξιότητες κατανόησης και επικοινωνίας, οι οποίες διαφοροποιούνται κοινωνικά και ηλικιακά.

Η πανδημία COVID-19 κατέστησε εμφανείς τις συνέπειες της άνισης προσβασιμότητας. Η διακοπή προγραμματισμένων υπηρεσιών, η αναβολή εξετάσεων,

η πίεση στις νοσοκομειακές υποδομές και η άνιση δυνατότητα αξιοποίησης ψηφιακών υπηρεσιών επηρέασαν περισσότερο όσους είχαν ήδη περιορισμένη πρόσβαση. Οι Douglas et al. (2020) ανέδειξαν τις ευρύτερες επιπτώσεις των μέτρων πανδημικής απόκρισης στην υγεία, ενώ οι Glover et al. (2020) πρότειναν αναλυτικό πλαίσιο για την αναγνώριση και μείωση των ανισοτικών συνεπειών των παρεμβάσεων. Για τον σχεδιασμό πολιτικών Δημόσιας Υγείας, η προσβασιμότητα χρειάζεται να αντιμετωπίζεται ως σύνθετος δείκτης κοινωνικής δικαιοσύνης, οργανωτικής επάρκειας και χωρικής ισότητας, με έμφαση στην πρόληψη, στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και στην ισορροπημένη κατανομή πόρων.

2.5. Στελέχωση συστημάτων υγείας

Η στελέχωση των συστημάτων υγείας αποτελεί κρίσιμη συνιστώσα της κοινωνικής επιδημιολογίας, καθώς η επάρκεια, η σύνθεση και η γεωγραφική κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού επηρεάζουν άμεσα την πρόσβαση, την ποιότητα, τη συνέχεια της φροντίδας και την ικανότητα πρόληψης. Οι ιατροί, οι νοσηλευτές, οι μαίες, οι επαγγελματίες δημόσιας υγείας και το λοιπό προσωπικό δεν αποτελούν απλώς παραγωγικούς συντελεστές του συστήματος. Συνιστούν βασικό μηχανισμό μέσω του οποίου οι θεσμικές δεσμεύσεις για καθολική κάλυψη και ισότητα μετατρέπονται σε πραγματική δυνατότητα εξυπηρέτησης του πληθυσμού. Η Παγκόσμια Στρατηγική για το ανθρώπινο δυναμικό υγείας έως το 2030 τονίζει ότι η επίτευξη καθολικής κάλυψης προϋποθέτει επαρκές, κατάλληλα καταρτισμένο και ισότιμα κατανεμημένο προσωπικό (World Health Organization, 2016). Αντίστοιχα, η έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Ευρώπη επισημαίνει ότι η γήρανση του πληθυσμού, η αύξηση των χρόνιων νοσημάτων και οι ελλείψεις προσωπικού δημιουργούν πιέσεις που απειλούν την ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας (World Health Organization Regional Office for Europe, 2022).

Η επάρκεια στελέχωσης συνδέεται με την προσβασιμότητα σε πολλαπλά επίπεδα. Όταν ο αριθμός επαγγελματιών υγείας είναι χαμηλός σε σχέση με τις ανάγκες του πληθυσμού, αυξάνονται οι χρόνοι αναμονής, περιορίζεται η δυνατότητα παρακολούθησης χρόνιων ασθενών και αποδυναμώνεται η πρόληψη. Η άνιση κατανομή του προσωπικού εντείνει αυτές τις επιπτώσεις, ιδίως σε νησιωτικές, ορεινές και απομακρυσμένες περιοχές. Η ευρωπαϊκή ανάλυση των Winkelmann et al. (2020)

κατέγραψε σημαντικές περιφερειακές διαφοροποιήσεις στην κατανομή ιατρών, νοσηλευτών και μαιών, αναδεικνύοντας ότι η χωρική διαθεσιμότητα ανθρώπινου δυναμικού αποτελεί ουσιώδες μέτρο ισότητας. Τα δεδομένα της Eurostat για το προσωπικό υγείας ανά περιφέρεια NUTS 2 παρέχουν τη δυνατότητα εμπειρικής αποτύπωσης τέτοιων ανισορροπιών, γεγονός που είναι χρήσιμο για συγκρίσεις μεταξύ ελληνικών περιφερειών και ευρωπαϊκών περιοχών (Eurostat, 2021).

Η κατανομή των επαγγελματιών υγείας έχει και κοινωνική διάσταση. Οι περιοχές με χαμηλότερο εισόδημα, μεγαλύτερη γήρανση και δυσκολότερη γεωγραφική πρόσβαση συχνά έχουν αυξημένες ανάγκες φροντίδας, ενώ μπορεί να διαθέτουν λιγότερους πόρους και δυσκολότερη προσέλκυση προσωπικού. Η ανισορροπία αυτή δημιουργεί φαύλο κύκλο, καθώς οι πληθυσμοί με υψηλότερο φορτίο νοσηρότητας εξυπηρετούνται από δομές με περιορισμένη ικανότητα ανταπόκρισης. Οι Kroezen et al. (2015) δείχνουν ότι η προσέλκυση και διατήρηση επαγγελματιών υγείας σε ευρωπαϊκές χώρες επηρεάζεται από συνθήκες εργασίας, επαγγελματικές προοπτικές, κίνητρα και οργανωτική υποστήριξη. Η εμπειρία αυτή έχει άμεση εφαρμογή σε πολιτικές που στοχεύουν προβληματικές περιοχές, όπου η έλλειψη προσωπικού δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί αποκλειστικά με αποσπασματικές προσλήψεις. Απαιτείται συνδυασμός οικονομικών κινήτρων, επαγγελματικής υποστήριξης, εκπαίδευσης, τηλεϊατρικής και σταθερών μηχανισμών παρακολούθησης των αναγκών.

Η σύνθεση του ανθρώπινου δυναμικού είναι εξίσου σημαντική με τον αριθμό του. Η διεθνής βιβλιογραφία υπογραμμίζει την ανάγκη ανακατανομής ρόλων, ενίσχυσης των νοσηλευτών και καλύτερης αξιοποίησης διεπιστημονικών ομάδων, ιδίως στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η μελέτη των Maier και Aiken (2016) για 39 χώρες αναδεικνύει ότι η μετατόπιση καθηκόντων από ιατρούς σε νοσηλευτές μπορεί να ενισχύσει την πρόσβαση και την αποδοτικότητα, εφόσον συνοδεύεται από κατάλληλο θεσμικό πλαίσιο, εκπαίδευση και σαφή κατανομή αρμοδιοτήτων. Παράλληλα, οι Maré et al. (2019) επισημαίνουν ότι η έλλειψη νοσηλευτών αποτελεί παγκόσμια πρόκληση, με συνέπειες για την ποιότητα, την ασφάλεια των ασθενών και τη βιωσιμότητα των υπηρεσιών. Η συζήτηση αυτή είναι κρίσιμη για την Ελλάδα, όπου η αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού και η κατανομή του στα επίπεδα φροντίδας συνδέονται με ευρύτερα ζητήματα αποδοτικότητας και ισότητας.

Στην ελληνική περίπτωση, η στελέχωση επηρεάζεται από οικονομικούς περιορισμούς, διοικητικές αδυναμίες, γεωγραφική πολυμορφία και φαινόμενα επαγγελματικής μετανάστευσης. Ο Filippidis (2015) ανέδειξε την αποχώρηση νέων ιατρών από τη χώρα και τη γήρανση του ιατρικού δυναμικού, στοιχείο που συνδέεται με τον μακροπρόθεσμο σχεδιασμό ανθρώπινων πόρων. Τα ελληνικά προφίλ υγείας του κύκλου State of Health in the EU καταγράφουν προκλήσεις που αφορούν την πρόσβαση, την πρόληψη, τη χρηματοδότηση και τη λειτουργία του συστήματος, ενώ επισημαίνουν την ανάγκη ενίσχυσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και καλύτερης οργάνωσης των υπηρεσιών (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021, 2023). Η μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του 2017 επιδίωξε να ενισχύσει την πρόσβαση και τον οικογενειακό ιατρό, όμως η εφαρμογή της περιορίστηκε από οικονομικούς, επαγγελματικούς και οργανωτικούς παράγοντες (Emmanouilidou, 2021). Η ανασκόπηση των Myloneros και Sakellariou (2021) επιβεβαιώνει ότι η καθολική κάλυψη στην Ελλάδα εξαρτάται από τη λειτουργική επάρκεια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και από τη σταθερή στελέχωση των μονάδων της.

Η στελέχωση επηρεάζει και την ικανότητα του συστήματος να ανταποκρίνεται σε κρίσεις. Η πανδημία COVID-19 ανέδειξε τις συνέπειες των ελλείψεων, της άνισης κατανομής και της υπερφόρτωσης του προσωπικού. Τα συστήματα με περιορισμένη ευελιξία και ανεπαρκείς εφεδρείες δυσκολεύτηκαν να διατηρήσουν τη μη COVID φροντίδα, την πρόληψη και τη συνέχεια παρακολούθησης χρόνιων νοσημάτων. Οι εκθέσεις Health at a Glance: Europe αναδεικνύουν ότι οι ελλείψεις υγειονομικού προσωπικού αποτελούν μία από τις βασικές προκλήσεις των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας μετά την πανδημία, με επιπτώσεις στην πρόσβαση και στην ανθεκτικότητα (OECD/European Union, 2022, 2024). Η αποτελεσματική πολιτική στελέχωσης χρειάζεται να βασίζεται σε πληθυσμιακές ανάγκες, κοινωνικοεπιδημιολογικούς δείκτες και περιφερειακή παρακολούθηση, ώστε η κατανομή προσωπικού να ανταποκρίνεται στο πραγματικό φορτίο νοσηρότητας, στη γήρανση και στις ανικανοποίητες ανάγκες φροντίδας.

2.6. Υγειονομικές ανισότητες στην Ελλάδα

Οι υγειονομικές ανισότητες στην Ελλάδα συνδέονται με τη μακροχρόνια αλληλεπίδραση κοινωνικοοικονομικών πιέσεων, γεωγραφικών διαφοροποιήσεων, οργανωτικών αδυναμιών του συστήματος υγείας και άνισης πρόσβασης σε υπηρεσίες πρόληψης και φροντίδας. Η ελληνική περίπτωση παρουσιάζει αυξημένη αναλυτική αξία για την κοινωνική επιδημιολογία, επειδή οι δείκτες υγείας επηρεάστηκαν τα τελευταία χρόνια από διαδοχικές κρίσεις, δημοσιονομικούς περιορισμούς, μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις και δημογραφική γήρανση. Οι ανισότητες αυτές δεν εμφανίζονται μόνο ως διαφορές μεταξύ ατόμων με διαφορετικό εισόδημα ή μορφωτικό επίπεδο. Αποτυπώνονται επίσης σε χωρικές διαφοροποιήσεις μεταξύ περιφερειών, σε άνιση στελέχωση δομών, σε ανικανοποίητες ανάγκες φροντίδας και σε διαφορετική ικανότητα των πληθυσμών να αξιοποιούν έγκαιρα τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας. Η προσέγγιση αυτή συνδέεται με τη γενικότερη θέση ότι η υγεία διαμορφώνεται από τις κοινωνικές συνθήκες ζωής και από τον τρόπο με τον οποίο οι θεσμοί κατανέμουν πόρους, προστασία και ευκαιρίες φροντίδας (Marmot, 2015, World Health Organization Regional Office for Europe, 2019).

Η οικονομική κρίση αποτέλεσε κρίσιμο σημείο ανάδειξης των υγειονομικών ανισοτήτων στην Ελλάδα. Η μείωση εισοδημάτων, η ανεργία, η αύξηση της οικονομικής επισφάλειας και οι περιορισμοί στη δημόσια δαπάνη υγείας επηρέασαν την πρόσβαση σε υπηρεσίες, τη χρήση φαρμάκων, την πρόληψη και τη συνέχεια της φροντίδας. Οι Karanikolos και Kentikelenis (2016) αναδεικνύουν ότι η περίοδος λιτότητας συνδέθηκε με επιδείνωση υγειονομικών ανισοτήτων, καθώς οι κοινωνικά ευάλωτες ομάδες βρέθηκαν αντιμέτωπες με μεγαλύτερα εμπόδια πρόσβασης. Παράλληλα, οι Gouvalas et al. (2016) τεκμηρίωσαν αύξηση της συμμετοχής στο κόστος κατά την περίοδο βαθιάς ύφεσης, στοιχείο που υποδεικνύει ότι η οικονομική επιβάρυνση μπορεί να λειτουργήσει ως μηχανισμός αποκλεισμού από την αναγκαία φροντίδα. Σε ευρύτερη ευρωπαϊκή σύγκριση, οι Palladino et al. (2016) κατέγραψαν ότι η αύξηση του cost sharing κατά τη Μεγάλη Ύφεση επιβάρυνε την πρόσβαση σε αρκετά ευρωπαϊκά συστήματα υγείας, γεγονός που καθιστά την ελληνική εμπειρία μέρος μιας ευρύτερης συζήτησης για τη σχέση δημοσιονομικής πολιτικής και ισότητας στην υγεία.

Οι υγειονομικές ανισότητες στην Ελλάδα αποτυπώνονται επίσης σε δείκτες θνησιμότητας και συμπεριφορών υγείας. Η μελέτη των Laliotis et al. (2016), με χρήση interrupted time series analysis, εξέτασε τη συνολική και αιτιοειδική θνησιμότητα πριν

και μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, προσφέροντας μεθοδολογικά ισχυρή τεκμηρίωση για τη διερεύνηση μεταβολών σε πληθυσμιακές εκβάσεις. Οι Filippidis et al. (2017) ανέλυσαν τη μεσοπρόθεσμη επίδραση της κρίσης στη θνησιμότητα, στις συμπεριφορές υγείας και στην πρόσβαση σε υπηρεσίες, αναδεικνύοντας ότι οι κοινωνικές και οικονομικές μεταβολές μπορούν να αποτυπωθούν σε πολλαπλές διαστάσεις της υγείας. Τα στοιχεία αυτά έχουν σημασία για τη χάραξη πολιτικών, επειδή δείχνουν ότι οι παρεμβάσεις Δημόσιας Υγείας χρειάζεται να λαμβάνουν υπόψη ταυτόχρονα την κοινωνική ευαλωτότητα, τη ζήτηση υπηρεσιών και τη λειτουργική ικανότητα του συστήματος.

Η πρόσβαση στη φροντίδα αποτελεί έναν από τους πιο εμφανείς μηχανισμούς παραγωγής ανισοτήτων στην Ελλάδα. Τα ελληνικά προφίλ υγείας του κύκλου State of Health in the EU αναδεικνύουν διαχρονικές προκλήσεις ως προς την πρόσβαση, τη χρηματοδότηση, την πρόληψη και την οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019, 2021, 2023). Οι ανικανοποίητες ανάγκες φροντίδας σχετίζονται με οικονομικά εμπόδια, αναμονές, γεωγραφική απόσταση και διοικητική πολυπλοκότητα, ενώ επιβαρύνουν περισσότερο όσους έχουν χαμηλότερο εισόδημα ή περιορισμένη κοινωνική υποστήριξη. Η μελέτη των Rotarou και Sakellariou (2019) για τα άτομα με αναπηρία στην Ελλάδα ανέδειξε την ύπαρξη εμποδίων πρόσβασης κατά την περίοδο της λιτότητας, δείχνοντας ότι οι υγειονομικές ανισότητες συχνά συγκεντρώνονται σε ομάδες που αντιμετωπίζουν ταυτόχρονα οικονομικούς, λειτουργικούς και κοινωνικούς περιορισμούς. Η ανάλυση των δεδομένων της Eurostat για τις ανικανοποίητες ανάγκες ιατρικής εξέτασης παρέχει κατάλληλο εργαλείο ποσοτικής αποτύπωσης αυτών των διαφορών ανά εισοδηματικό επίπεδο και αιτία μη πρόσβασης (Eurostat, 2024).

Η περιφερειακή διάσταση των υγειονομικών ανισοτήτων είναι εξίσου κρίσιμη. Η Ελλάδα χαρακτηρίζεται από γεωγραφική πολυμορφία, με αστικές, ημιαστικές, αγροτικές, νησιωτικές και ορεινές περιοχές που διαφέρουν ως προς τη διαθεσιμότητα δομών, τη μετακίνηση, τη στελέχωση και την ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού. Τα δεδομένα της Eurostat για τη θνησιμότητα ανά περιφέρεια NUTS 2, τη διαθεσιμότητα νοσοκομειακών κλινών και τους περιφερειακούς δείκτες υγείας επιτρέπουν την αποτύπωση διαφοροποιήσεων που συχνά αποκρύπτονται από τους εθνικούς μέσους όρους (Eurostat, 2025). Η ανισοκατανομή ιατρών, νοσηλευτών και λοιπού προσωπικού επιβαρύνει περαιτέρω τις περιοχές με υψηλότερες ανάγκες. Η μελέτη των Winkelmann

et al. (2020) τεκμηριώνει ότι οι περιφερειακές ανισότητες στην κατανομή ανθρώπινου δυναμικού αποτελούν ευρωπαϊκό φαινόμενο, με άμεσες συνέπειες για την ισότητα πρόσβασης. Για την Ελλάδα, η αποχώρηση νέων ιατρών και η γήρανση του ιατρικού δυναμικού έχουν επισημανθεί ως πρόσθετες προκλήσεις για τον μακροπρόθεσμο σχεδιασμό στελέχωσης (Filippidis, 2015).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί κρίσιμο πεδίο αντιμετώπισης των ελληνικών υγειονομικών ανισοτήτων. Η μεταρρύθμιση του 2017 επιδίωξε να ενισχύσει την πρόσβαση, τον οικογενειακό ιατρό και την κοινοτική διάσταση της φροντίδας, όμως η εφαρμογή της συνάντησε οικονομικούς, επαγγελματικούς και οργανωτικούς περιορισμούς (Emmanouilidou, 2021). Η ανασκόπηση των Myloneros και Sakellariou (2021) δείχνει ότι η επίτευξη καθολικής κάλυψης εξαρτάται από τη λειτουργική ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και από την ικανότητά της να ανταποκρίνεται σε διαφορετικές κοινωνικές και χωρικές ανάγκες. Η πανδημία COVID-19 ανέδειξε περαιτέρω τις συνέπειες των προϋπαρχουσών ανισοτήτων, καθώς η κοινωνική θέση, η ηλικία, η εργασία και η πρόσβαση σε υπηρεσίες επηρέασαν την έκθεση, την προστασία και τη φροντίδα (Bambra et al., 2020, Burström & Tao, 2020). Για την ελληνική Δημόσια Υγεία, η συστηματική μελέτη των ανισοτήτων προσφέρει τεκμηριωμένη βάση για στοχευμένες πολιτικές πρόληψης, ενίσχυση υποστελεχωμένων περιοχών και δικαιότερη κατανομή πόρων.

2.7. Συγκριτική ανάλυση με Ευρωπαϊκή Ένωση

Η συγκριτική ανάλυση της Ελλάδας με τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης αποτελεί αναγκαία διάσταση για την κατανόηση των υγειονομικών ανισοτήτων, επειδή επιτρέπει την αποτίμηση της ελληνικής εμπειρίας σε σχέση με διαφορετικά μοντέλα οργάνωσης, χρηματοδότησης και παροχής υπηρεσιών υγείας. Η Ευρωπαϊκή Ένωση προσφέρει ένα σύνθετο πεδίο σύγκρισης, καθώς τα κράτη μέλη διαθέτουν κοινά εργαλεία στατιστικής παρακολούθησης, παρόμοιες δημογραφικές προκλήσεις και διακριτές θεσμικές διαδρομές στην ανάπτυξη των συστημάτων υγείας. Η κοινωνική επιδημιολογία αξιοποιεί αυτή τη συγκριτική δυνατότητα για να εξετάσει πώς οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας, η οικονομική ανισότητα, η πρόσβαση στις υπηρεσίες, η στελέχωση και οι περιφερειακές διαφοροποιήσεις μεταφράζονται σε διαφορετικά επίπεδα νοσηρότητας, θνησιμότητας και ανικανοποίητων αναγκών. Οι

εκθέσεις Health at a Glance: Europe και τα προφίλ υγείας του κύκλου State of Health in the EU παρέχουν συνεκτικό υπόβαθρο για τη συγκριτική αποτίμηση της Ελλάδας, καθώς συνδυάζουν δείκτες πρόσβασης, ποιότητας, δαπανών, πρόληψης και υγειονομικού ανθρώπινου δυναμικού (OECD/European Union, 2022, 2024, OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023).

Η σύγκριση με την Ευρωπαϊκή Ένωση αναδεικνύει αρχικά τη σημασία της χρηματοδότησης και της προστασίας των πολιτών από οικονομικά εμπόδια πρόσβασης. Η ελληνική εμπειρία της οικονομικής κρίσης διαφοροποιείται έντονα από χώρες με ισχυρότερους μηχανισμούς κοινωνικής προστασίας και σταθερότερη δημόσια χρηματοδότηση της φροντίδας. Μελέτες για την Ελλάδα έχουν δείξει ότι η περίοδος λιτότητας συνδέθηκε με αυξημένα εμπόδια πρόσβασης, επιβάρυνση των ευάλωτων ομάδων και μεταβολές σε δείκτες θνησιμότητας και συμπεριφορών υγείας (Karanikolos & Kentikelenis, 2016, Filippidis et al., 2017, Laliotis et al., 2016). Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, η ανάλυση των Palladino et al. (2016) κατέγραψε ότι η αύξηση της συμμετοχής στο κόστος κατά τη Μεγάλη Ύφεση επηρέασε την πρόσβαση σε αρκετά συστήματα υγείας, γεγονός που επιτρέπει την ένταξη της ελληνικής περίπτωσης σε ευρύτερη συγκριτική συζήτηση για τη σχέση οικονομικής πολιτικής και υγειονομικής ισότητας. Η σύγκριση αυτή είναι κρίσιμη, επειδή δείχνει ότι οι δημοσιονομικές επιλογές μπορούν να ενισχύσουν ή να μετριάσουν τις επιπτώσεις των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων.

Η προσβασιμότητα αποτελεί έναν από τους βασικούς άξονες σύγκρισης. Τα ευρωπαϊκά δεδομένα για τις ανικανοποίητες ανάγκες ιατρικής εξέτασης ανά ηλικία, φύλο, αιτία και εισοδηματικό πεμπτημόριο παρέχουν τη δυνατότητα αποτίμησης του βαθμού στον οποίο τα συστήματα υγείας ανταποκρίνονται ισότιμα στις ανάγκες των πολιτών (Eurostat, 2024). Η μελέτη των Fjaer et al. (2017), βασισμένη στο European Social Survey, ανέδειξε ότι η αντίληψη ανικανοποίητης ανάγκης διαφοροποιείται ανά κοινωνική ομάδα και χώρα, γεγονός που υπογραμμίζει ότι η πρόσβαση επηρεάζεται από οικονομικούς, οργανωτικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Για την Ελλάδα, τα διαδοχικά προφίλ υγείας του State of Health in the EU επισημαίνουν προκλήσεις στην πρόσβαση, στη χρήση προληπτικών υπηρεσιών και στην οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, οι οποίες αποκτούν μεγαλύτερη ερμηνευτική αξία όταν συγκρίνονται με χώρες που διαθέτουν πιο ανεπτυγμένα συστήματα οικογενειακής

ιατρικής και κοινοτικής φροντίδας (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019, 2021, 2023).

Η στελέχωση των συστημάτων υγείας αποτελεί δεύτερο κρίσιμο συγκριτικό πεδίο. Η επάρκεια ιατρών, νοσηλευτών και λοιπού προσωπικού συνδέεται με τη δυνατότητα έγκαιρης διάγνωσης, συνέχειας της φροντίδας, πρόληψης και ανταπόκρισης σε κρίσεις. Τα δεδομένα της Eurostat για το υγειονομικό προσωπικό ανά περιφέρεια NUTS 2 και οι ευρωπαϊκές αναλύσεις για την κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού αναδεικνύουν σημαντικές ανισορροπίες μεταξύ χωρών και περιφερειών (Eurostat, 2021, Winkelmann et al., 2020). Η Ελλάδα αντιμετωπίζει διαχρονικές προκλήσεις ως προς τη σύνθεση και κατανομή του προσωπικού, ενώ η μετανάστευση νέων ιατρών και η γήρανση του ιατρικού δυναμικού επιβαρύνουν τον μακροπρόθεσμο σχεδιασμό στελέχωσης (Filippidis, 2015). Σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, η συζήτηση δεν περιορίζεται στον συνολικό αριθμό επαγγελματιών υγείας. Αφορά την κατανομή τους μεταξύ νοσοκομείων και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, την ισορροπία μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και τη δυνατότητα κάλυψης απομακρυσμένων περιοχών. Η ευρωπαϊκή βιβλιογραφία για την προσέλκυση και διατήρηση επαγγελματιών υγείας δείχνει ότι οι αποτελεσματικές πολιτικές απαιτούν συνδυασμό κινήτρων, εργασιακής υποστήριξης και περιφερειακού σχεδιασμού (Kroezen et al., 2015, World Health Organization Regional Office for Europe, 2022).

Η περιφερειακή σύγκριση έχει αυξημένη αναλυτική αξία, επειδή οι εθνικοί μέσοι όροι συχνά συγκαλύπτουν εσωτερικές ανισότητες. Η Eurostat παρέχει δείκτες για τη θνησιμότητα, τις νοσοκομειακές κλίνες, την αυτοαντιλαμβανόμενη υγεία και την υγειονομική στελέχωση σε περιφερειακό επίπεδο, επιτρέποντας την εξέταση της Ελλάδας όχι μόνο ως χώρας, αλλά και ως συνόλου ανομοιογενών περιφερειών (Eurostat, 2025). Η διάκριση αυτή είναι αναγκαία για την ελληνική περίπτωση, καθώς η γεωγραφική πολυμορφία, η νησιωτικότητα, οι ορεινές περιοχές και οι διαφορές αστικής και αγροτικής συγκέντρωσης επηρεάζουν την πρόσβαση και την κατανομή υπηρεσιών. Οι ευρωπαϊκές μελέτες για την υπερβάλλουσα θνησιμότητα κατά την πανδημία COVID-19 ανέδειξαν ότι οι επιπτώσεις μιας υγειονομικής κρίσης διαφοροποιούνται σημαντικά μεταξύ περιφερειών, ανάλογα με την ηλικιακή σύνθεση, την κοινωνικοοικονομική δομή και την ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας (Konstantinoudis et al., 2022, Bonnet et al., 2024). Η περιφερειακή διάσταση,

επομένως, καθιστά δυνατή την ακριβέστερη σύνδεση κοινωνικών προσδιοριστών και υγειονομικών εκβάσεων.

Η σύγκριση της Ελλάδας με την Ευρωπαϊκή Ένωση έχει άμεση πολιτική χρησιμότητα. Οι διαφορές στους δείκτες πρόσβασης, στελέχωσης, πρόληψης και θνησιμότητας μπορούν να υποδείξουν τομείς όπου απαιτούνται στοχευμένες παρεμβάσεις. Η ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η βελτίωση της γεωγραφικής κατανομής του προσωπικού, η μείωση των ανικανοποίητων αναγκών και η προσαρμογή των πολιτικών πρόληψης σε κοινωνικά και χωρικά ευάλωτους πληθυσμούς αποτελούν πεδία όπου η ευρωπαϊκή εμπειρία μπορεί να λειτουργήσει ως συγκριτικό εργαλείο σχεδιασμού. Η ελληνική μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας δείχνει ότι η θεσμική αλλαγή χρειάζεται επαρκείς πόρους, σταθερή στελέχωση και διοικητική συνέχεια για να αποδώσει σε όρους καθολικής κάλυψης (Emmanouilidou, 2021, Myloneros & Sakellariou, 2021). Η συγκριτική ανάλυση, συνεπώς, επιτρέπει τη μετάβαση από την περιγραφή των διαφορών στην τεκμηριωμένη ιεράρχηση πολιτικών Δημόσιας Υγείας, με βάση κοινωνικοεπιδημιολογικούς δείκτες και ευρωπαϊκά σημεία αναφοράς.

2.8. Πολιτικές Δημόσιας Υγείας και πρόληψη

Οι πολιτικές Δημόσιας Υγείας και πρόληψης αποτελούν το πεδίο στο οποίο η κοινωνική επιδημιολογία μετατρέπεται από αναλυτικό εργαλείο σε πρακτικό μηχανισμό μείωσης των ανισοτήτων. Η πρόληψη δεν μπορεί να περιορίζεται σε ατομικές συστάσεις αλλαγής συμπεριφοράς, όταν οι δυνατότητες υγιεινής διαβίωσης, έγκαιρης διάγνωσης και συνεχούς φροντίδας κατανέμονται άνισα στον πληθυσμό. Η κοινωνικοεπιδημιολογική οπτική δείχνει ότι οι πολιτικές πρόληψης χρειάζεται να σχεδιάζονται με βάση το εισόδημα, την εκπαίδευση, την ηλικία, τη γεωγραφική θέση, την υγειονομική παιδεία και τη διαθεσιμότητα υπηρεσιών. Η διεθνής βιβλιογραφία για τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας υπογραμμίζει ότι η μείωση των ανισοτήτων απαιτεί παρεμβάσεις στις κοινωνικές συνθήκες που παράγουν αυξημένη έκθεση σε κινδύνους και περιορισμένη πρόσβαση σε προστατευτικούς πόρους (Marmot, 2015, World Health Organization Regional Office for Europe, 2019).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί βασική υποδομή πρόληψης, επειδή συνδέει την κοινότητα με την έγκαιρη ανίχνευση, τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων,

τον εμβολιασμό, τη συμβουλευτική και τη συνέχεια της φροντίδας. Η διεθνής συζήτηση για την καθολική κάλυψη υγείας αναγνωρίζει την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως μηχανισμό που μπορεί να περιορίσει τις ανισότητες πρόσβασης, υπό την προϋπόθεση ότι διαθέτει επαρκή στελέχωση, λειτουργική οργάνωση και σύνδεση με υπηρεσίες δημόσιας υγείας (Binagwaho & Ghebreyesus, 2019, Kluge et al., 2018, World Health Organization, 2019). Για την Ελλάδα, η μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του 2017 επιδίωξε να ενισχύσει τον οικογενειακό ιατρό, την κοινοτική προσέγγιση και την πρόσβαση σε υπηρεσίες πρώτης γραμμής, όμως η εφαρμογή της επηρεάστηκε από οικονομικούς, οργανωτικούς και επαγγελματικούς περιορισμούς (Emmanouilidou, 2021). Η ανασκόπηση των Myloneros και Sakellariou (2021) δείχνει ότι η επίτευξη καθολικής κάλυψης στην Ελλάδα εξαρτάται από την πραγματική λειτουργική ενίσχυση των πρωτοβάθμιων δομών και από την ικανότητά τους να ανταποκρίνονται σε κοινωνικά διαφοροποιημένες ανάγκες.

Οι πολιτικές πρόληψης χρειάζεται να είναι στοχευμένες σε πληθυσμούς και περιοχές με αυξημένο επιδημιολογικό και κοινωνικό φορτίο. Η χρήση περιφερειακών δεδομένων για θνησιμότητα, αυτοαντιλαμβανόμενη υγεία, ανικανοποίητες ανάγκες και διαθέσιμους πόρους επιτρέπει την ιεράρχηση παρεμβάσεων με βάση τεκμηριωμένες ανάγκες και όχι μόνο με βάση διοικητικά κριτήρια. Τα δεδομένα της Eurostat για τις ανικανοποίητες ανάγκες ιατρικής εξέτασης, τους δείκτες θνησιμότητας ανά περιφέρεια και την αυτοαντιλαμβανόμενη υγεία μπορούν να υποστηρίξουν πολιτικές που διαφοροποιούνται ανάλογα με το εισόδημα, την ηλικία και τον τόπο κατοικίας (Eurostat, 2024, 2025). Η περιφερειακή προσέγγιση είναι αναγκαία για χώρες όπως η Ελλάδα, όπου η νησιωτικότητα, οι ορεινές περιοχές και η αστική συγκέντρωση δημιουργούν άνισες δυνατότητες πρόσβασης σε προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες. Η άνιση γεωγραφική κατανομή του προσωπικού υγείας ενισχύει αυτή την ανάγκη, καθώς οι περιοχές με μεγαλύτερη ανάγκη φροντίδας μπορεί να αντιμετωπίζουν ταυτόχρονα μεγαλύτερη υποστελέχωση (Winkelmann et al., 2020).

Η στελέχωση αποτελεί προϋπόθεση επιτυχίας για κάθε πολιτική πρόληψης. Η πρόληψη των χρόνιων νοσημάτων, η παρακολούθηση ηλικιωμένων, η κατ' οίκον φροντίδα, η υγειονομική εκπαίδευση και η διαχείριση τοπικών κινδύνων απαιτούν ιατρούς, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, επαγγελματίες δημόσιας υγείας και διοικητική υποστήριξη. Η Παγκόσμια Στρατηγική για το ανθρώπινο δυναμικό υγείας έως το 2030

συνδέει την καθολική κάλυψη με επαρκές και ισότιμα κατανομημένο προσωπικό (World Health Organization, 2016). Η ευρωπαϊκή έκθεση για το υγειονομικό και φροντιστικό εργατικό δυναμικό επισημαίνει ότι η γήρανση του πληθυσμού, οι ελλείψεις προσωπικού και η επαγγελματική εξουθένωση περιορίζουν την ικανότητα των συστημάτων να παρέχουν συνεχή και προληπτική φροντίδα (World Health Organization Regional Office for Europe, 2022). Η ανακατανομή ρόλων μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού. Η μελέτη των Maier και Aiken (2016) για 39 χώρες δείχνει ότι η μετατόπιση καθηκόντων προς νοσηλευτές στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μπορεί να ενισχύσει την πρόσβαση, όταν στηρίζεται σε σαφές θεσμικό πλαίσιο και κατάλληλη εκπαίδευση.

Οι πολιτικές πρόληψης χρειάζεται επίσης να λαμβάνουν υπόψη τα οικονομικά εμπόδια πρόσβασης. Η ελληνική εμπειρία της οικονομικής κρίσης ανέδειξε ότι η αύξηση της συμμετοχής στο κόστος και η εισοδηματική πίεση μπορούν να οδηγήσουν σε καθυστέρηση φροντίδας, μειωμένη χρήση προληπτικών υπηρεσιών και επιδείνωση ανισοτήτων (Gouvalas et al., 2016, Karanikolos & Kentikelenis, 2016). Οι Palladino et al. (2016) έδειξαν ότι η αύξηση του cost sharing σε ευρωπαϊκά συστήματα υγείας κατά τη Μεγάλη Ύφεση επηρέασε την ισότητα πρόσβασης, ιδίως για ευάλωτους πληθυσμούς. Συνεπώς, οι πολιτικές πρόληψης χρειάζεται να συνδυάζονται με οικονομική προστασία, μείωση άμεσων πληρωμών, δωρεάν ή χαμηλού κόστους προληπτικούς ελέγχους και ενεργητική πρόσκληση πληθυσμών υψηλού κινδύνου. Η στοχευμένη πρόληψη έχει μεγαλύτερη πιθανότητα αποτελεσματικότητας όταν συνδέεται με κοινωνική πολιτική και όχι μόνο με ενημερωτικές εκστρατείες.

Η πανδημία COVID-19 ανέδειξε την ανάγκη οι πολιτικές Δημόσιας Υγείας να αξιολογούνται ως προς τις ανισοτικές τους συνέπειες. Τα μέτρα περιορισμού, η αναβολή υπηρεσιών, η πίεση στα νοσοκομεία και η άνιση δυνατότητα προστασίας επηρέασαν περισσότερο ομάδες με χαμηλότερο εισόδημα, επισφαλή εργασία, μεγαλύτερη ηλικία ή περιορισμένη πρόσβαση σε φροντίδα (Bambra et al., 2020, Burström & Tao, 2020, Wachtler et al., 2020). Οι Douglas et al. (2020) ανέδειξαν την ανάγκη μετριασμού των ευρύτερων επιπτώσεων των πανδημικών παρεμβάσεων, ενώ οι Glover et al. (2020) πρότειναν αναλυτικό πλαίσιο αναγνώρισης και περιορισμού των βλαβών ισότητας που μπορούν να προκαλέσουν οι πολιτικές απόκρισης. Για την Ελλάδα, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2021–2025 προσφέρει θεσμικό σημείο αναφοράς για την ενίσχυση της πρόληψης και της επιτήρησης, υπό την

προϋπόθεση ότι οι δράσεις του θα συνδεθούν με κοινωνικοεπιδημιολογικούς δείκτες, περιφερειακή στόχευση και σταθερή αξιολόγηση αποτελεσμάτων (Ministry of Health, Greece, 2021).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1. Σχεδιασμός έρευνας

Η παρούσα μελέτη υιοθετεί ποσοτικό, οικολογικό, περιγραφικό και συγκριτικό ερευνητικό σχεδιασμό, βασισμένο σε δευτερογενή δεδομένα και τεκμηριωμένη βιβλιογραφική σύνθεση. Η μονάδα ανάλυσης είναι κυρίως η ελληνική περιφέρεια NUTS 2 και, για τη συγκριτική διάσταση, το εθνικό σύστημα υγείας. Ο σχεδιασμός αποσκοπεί στην αποτύπωση της σχέσης ανάμεσα στους κοινωνικούς προσδιοριστές, στις περιφερειακές ανισότητες, στην πρόσβαση και στην κατανομή υγειονομικών πόρων, χωρίς να αποδίδει αιτιότητα σε συσχετίσεις που προκύπτουν από συγκεντρωτικά δεδομένα (Marmot, 2015; World Health Organization Regional Office for Europe, 2019).

Η μελέτη βασίζεται σε ανάλυση υφιστάμενων δεδομένων από θεσμικές και συγκρίσιμες πηγές, όπως η Eurostat, ο ΟΟΣΑ, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και οι εκθέσεις State of Health in the EU. Η χρήση δευτερογενών δεδομένων είναι κατάλληλη για την εξέταση δεικτών όπως η αυτοαντιλαμβανόμενη υγεία, οι ανικανοποίητες ανάγκες ιατρικής φροντίδας, οι δείκτες θνησιμότητας, η διαθεσιμότητα νοσοκομειακών κλινών και η κατανομή ανθρώπινου δυναμικού υγείας. Οι πηγές αυτές επιτρέπουν τη σύγκριση της Ελλάδας με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, αλλά και την αποτύπωση διαφοροποιήσεων σε περιφερειακό επίπεδο, ιδίως μέσω δεδομένων NUTS 2 της Eurostat (Eurostat, 2021, 2024, 2025). Η συγκριτική διάσταση είναι κρίσιμη, επειδή οι εθνικοί μέσοι όροι μπορούν να αποκρύπτουν ουσιώδεις ενδοπεριφερειακές ανισότητες και διαφοροποιήσεις στην πραγματική πρόσβαση του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας.

Ο σχεδιασμός έχει διερευνητικό και αναλυτικό χαρακτήρα. Αρχικά εφαρμόστηκε περιγραφική στατιστική για την αποτύπωση τάσεων και αποκλίσεων στο εισόδημα, στην ανεργία, στην εκπαίδευση, στην ηλικιακή σύνθεση, στην πρόσβαση, στη

θνησιμότητα και στους υγειονομικούς πόρους. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε διερευνητική ανάλυση Pearson μεταξύ κατά κεφαλήν περιφερειακού ΑΕΠ και τυποποιημένου δείκτη θνησιμότητας για τα έτη 2001 και 2014, στα οποία υπήρχε επαρκής χρονική αντιστοίχιση. Οι λοιπές σχέσεις αξιολογήθηκαν συγκριτικά και μέσω τριγωνοποίησης με τη βιβλιογραφία, λόγω ετερογένειας ετών και ορισμών.

Η προσέγγιση αυτή επιτρέπει τη σύνδεση εμπειρικών ευρημάτων με ζητήματα πολιτικής Δημόσιας Υγείας. Η βιβλιογραφία έχει δείξει ότι η οικονομική κρίση, οι μεταβολές στη χρηματοδότηση, η αυξημένη συμμετοχή στο κόστος και η άνιση πρόσβαση μπορούν να επιδεινώσουν τις ανισότητες υγείας στην Ελλάδα (Filippidis et al., 2017; Karanikolos & Kentikelenis, 2016; Laliotis et al., 2016). Παράλληλα, η κατανομή του υγειονομικού προσωπικού αποτελεί βασικό δείκτη λειτουργικής επάρκειας και ισότητας των συστημάτων υγείας, ιδίως σε χώρες με έντονες γεωγραφικές διαφοροποιήσεις (Winkelmann et al., 2020; World Health Organization Regional Office for Europe, 2022). Συνεπώς, ο ερευνητικός σχεδιασμός συνδέει την περιγραφική αποτύπωση με την αξιολόγηση πολιτικών προτεραιοτήτων, όπως η ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η μείωση οικονομικών εμποδίων πρόσβασης και η δικαιότερη κατανομή υγειονομικών πόρων.

3.2. Πηγές δεδομένων

Η εμπειρική τεκμηρίωση βασίζεται σε δευτερογενείς πηγές που επιλέχθηκαν με κριτήρια θεσμικής αξιοπιστίας, συγκρισιμότητας και γεωγραφικής ανάλυσης. Από τη Eurostat αξιοποιήθηκαν περιφερειακοί λογαριασμοί για το κατά κεφαλήν ΑΕΠ, δεδομένα θνησιμότητας, ιατρών και νοσοκομειακών κλινών, καθώς και δείκτες αυτοαντιλαμβανόμενης υγείας και μη ικανοποιούμενων αναγκών. Από την ΕΛΣΤΑΤ αξιοποιήθηκαν η Απογραφή Πληθυσμού 2021, η Έρευνα Εργατικού Δυναμικού και η Απογραφή Κέντρων Υγείας και λοιπών μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για το 2024. Συμπληρωματικά χρησιμοποιήθηκαν οι εκθέσεις Health at a Glance: Europe και τα προφίλ υγείας Ελλάδας, Ιταλίας και Πορτογαλίας.

Επιπροσθέτως, χρησιμοποιούνται οι εκθέσεις του ΟΟΣΑ και του European Observatory on Health Systems and Policies, κυρίως τα προφίλ υγείας της Ελλάδας και οι εκθέσεις Health at a Glance. Οι πηγές αυτές είναι κρίσιμες για τη σύγκριση της Ελλάδας με τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης ως προς τη χρηματοδότηση, την

πρόσβαση, τις άμεσες ιδιωτικές πληρωμές, τις ανικανοποίητες ανάγκες, τη θνησιμότητα και τη στελέχωση του συστήματος υγείας (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021, 2023; OECD/European Union, 2024). Η χρήση τους επιτρέπει την ερμηνεία των ελληνικών δεδομένων σε ευρωπαϊκή συγκριτική βάση και αποτρέπει την απομόνωση της ελληνικής περίπτωσης από τις ευρύτερες τάσεις των συστημάτων υγείας.

Για την εθνική τεκμηρίωση της θνησιμότητας αξιοποιούνται στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής σχετικά με τις αιτίες θανάτου στην Ελλάδα, τα οποία ενισχύουν την αποτύπωση των βασικών υγειονομικών εκβάσεων και διευκολύνουν τη σύνδεση των περιφερειακών δεικτών με την ελληνική επιδημιολογική εικόνα (Hellenic Statistical Authority, 2024, 2025). Παράλληλα, οι εκθέσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας χρησιμοποιούνται για την ερμηνεία των κοινωνικών προσδιοριστών, της υγειονομικής ισότητας και της στελέχωσης. Η έκθεση για την ισότητα στην υγεία στην Ευρώπη παρέχει αναλυτικό πλαίσιο για τις σχέσεις ανάμεσα σε εισόδημα, εργασία, κοινωνική προστασία, συνθήκες διαβίωσης και υγεία, ενώ η έκθεση για το υγειονομικό και φροντιστικό εργατικό δυναμικό στην Ευρώπη τεκμηριώνει τις προκλήσεις που συνδέονται με την επάρκεια και την κατανομή προσωπικού (World Health Organization Regional Office for Europe, 2019, 2022).

Η επιλογή των πηγών συνοδεύεται από μεθοδολογικούς περιορισμούς. Τα διαθέσιμα δεδομένα δεν καλύπτουν πάντοτε τα ίδια έτη, οι δείκτες δεν είναι σε όλες τις περιπτώσεις διαθέσιμοι για όλες τις περιφέρειες και η συγκρισιμότητα εξαρτάται από τους ορισμούς και τις μεθόδους συλλογής κάθε βάσης. Για τον λόγο αυτό, τα δεδομένα χρησιμοποιούνται κυρίως για περιγραφική, συγκριτική και διερευνητική ανάλυση, χωρίς αιτιολογικές αξιώσεις.

3.3. Μεταβλητές της μελέτης

Οι μεταβλητές της μελέτης οργανώνονται με βάση τη λογική της κοινωνικής επιδημιολογίας, σύμφωνα με την οποία οι υγειονομικές εκβάσεις δεν ερμηνεύονται ως απομονωμένα βιολογικά γεγονότα, αλλά ως αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης κοινωνικών, οικονομικών, δημογραφικών και συστημικών παραγόντων. Η επιλογή τους αποσκοπεί στη σύνδεση των κοινωνικών προσδιοριστών με μετρήσιμους δείκτες νοσηρότητας, θνησιμότητας, πρόσβασης και υγειονομικής επάρκειας. Θεωρητικά, η διάκριση μεταξύ

ανεξάρτητων και εξαρτημένων μεταβλητών είναι αναλυτική, καθώς οι σχέσεις μεταξύ κοινωνικής θέσης, πρόσβασης και υγείας είναι συχνά αμφίδρομες και επηρεάζονται από θεσμικούς και χωρικούς μηχανισμούς (Marmot, 2015; World Health Organization Regional Office for Europe, 2019).

Οι βασικές ανεξάρτητες μεταβλητές περιλαμβάνουν κοινωνικοοικονομικούς και δημογραφικούς δείκτες, όπως το εισόδημα, η σχετική φτώχεια, η ανεργία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η ηλικιακή σύνθεση και η γεωγραφική περιφέρεια κατοικίας. Το εισόδημα και η φτώχεια χρησιμοποιούνται ως δείκτες υλικών πόρων και οικονομικής ασφάλειας, καθώς επηρεάζουν τη δυνατότητα κάλυψης άμεσων και έμμεσων δαπανών υγείας. Η ανεργία συνδέεται με οικονομική επισφάλεια, ψυχοκοινωνική επιβάρυνση και πιθανή μείωση της χρήσης υπηρεσιών, ενώ η εκπαίδευση λειτουργεί ως δείκτης κοινωνικού κεφαλαίου, υγειονομικής παιδείας και δυνατότητας πλοήγησης στο σύστημα φροντίδας. Η τεκμηρίωση της σχέσης εκπαίδευσης και θνησιμότητας στη διεθνή βιβλιογραφία ενισχύει τη συμπερίληψη του μορφωτικού επιπέδου ως κρίσιμης κοινωνικής μεταβλητής (Balaj et al., 2024). Η ηλικιακή σύνθεση λαμβάνεται υπόψη λόγω της επίδρασής της στη νοσηρότητα, στη θνησιμότητα και στη ζήτηση υπηρεσιών, ιδίως σε γηράσκοντες πληθυσμούς.

Οι εξαρτημένες μεταβλητές αφορούν κυρίως δείκτες υγείας και πρόσβασης. Περιλαμβάνουν την αδρή και τυποποιημένη θνησιμότητα, την αυτοαντιλαμβανόμενη υγεία, τις ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρική εξέταση και, όπου υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, επιμέρους αιτίες θανάτου ή χρόνια νοσήματα. Οι τυποποιημένοι δείκτες θνησιμότητας είναι αναγκαίοι για τη σύγκριση περιφερειών με διαφορετική ηλικιακή δομή, ενώ οι ανικανοποίητες ανάγκες αποτυπώνουν πρακτικά εμπόδια πρόσβασης που συνδέονται με κόστος, απόσταση και χρόνο αναμονής (Eurostat, 2024, 2025). Η αυτοαντιλαμβανόμενη υγεία αξιοποιείται ως σύνθετος δείκτης κατάστασης υγείας, καθώς ενσωματώνει τόσο αντικειμενικές όσο και κοινωνικά διαμεσολαβημένες διαστάσεις ευεξίας.

Ξεχωριστή ομάδα μεταβλητών αφορά την υγειονομική υποδομή και τη στελέχωση. Σε αυτήν εντάσσονται οι ιατροί ανά πληθυσμό, οι διαθέσιμες νοσοκομειακές κλίνες και, όπου είναι διαθέσιμα, οι δείκτες νοσηλευτικού προσωπικού. Οι μεταβλητές αυτές λειτουργούν ως δείκτες υγειονομικής ικανότητας και χωρικής κατανομής πόρων, επιτρέποντας τη διερεύνηση του κατά πόσο οι περιφέρειες με

μεγαλύτερες ανάγκες διαθέτουν αντίστοιχη επάρκεια υπηρεσιών. Η ευρωπαϊκή βιβλιογραφία έχει αναδείξει ότι η περιφερειακή κατανομή επαγγελματιών υγείας επηρεάζει την πρόσβαση, την ποιότητα και την ανθεκτικότητα των συστημάτων φροντίδας (Winkelmann et al., 2020; World Health Organization Regional Office for Europe, 2022). Οι μεταβλητές ερμηνεύονται με προσοχή, δεδομένου ότι η διαθεσιμότητα προσωπικού ή κλινών δεν αποτυπώνει πάντοτε την πραγματική λειτουργική επάρκεια, την ποιότητα της φροντίδας ή τις ανάγκες ειδικών πληθυσμιακών ομάδων.

3.4. Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση βασίστηκε σε περιγραφικές, συγκριτικές και διερευνητικές τεχνικές. Οι τιμές παρουσιάστηκαν με απόλυτους αριθμούς, ποσοστά, δείκτες ανά 100.000 κατοίκους και διαχρονικές μεταβολές. Για την εξέταση της σχέσης περιφερειακού εισοδήματος και θνησιμότητας υπολογίστηκε ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης Pearson, με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=0,05$. Στην ανάλυση του 2001 συμπεριλήφθηκαν οι περιφέρειες με διαθέσιμες τιμές και για τις δύο μεταβλητές ($n=11$), ενώ το 2014 συμπεριλήφθηκαν και οι 13 περιφέρειες. Οι υπολογισμοί δεν περιέλαβαν τον εθνικό μέσο όρο ως ανεξάρτητη παρατήρηση.

Σε πρώτο επίπεδο εφαρμόζεται περιγραφική στατιστική ανάλυση των διαθέσιμων δεικτών. Για τις αριθμητικές μεταβλητές υπολογίζονται μέσοι όροι, διάμεσοι, ελάχιστες και μέγιστες τιμές, εύρη τιμών και, όπου το επιτρέπει η πληρότητα των δεδομένων, τυπικές αποκλίσεις. Η χρήση αυτών των μέτρων επιτρέπει την αποτύπωση τόσο της κεντρικής τάσης όσο και της διασποράς μεταξύ περιφερειών ή εισοδηματικών ομάδων. Για παράδειγμα, οι δείκτες θνησιμότητας ανά NUTS 2 περιφέρεια, η διαθεσιμότητα νοσοκομειακών κλινών και η αναλογία ιατρών ανά πληθυσμό μπορούν να ταξινομηθούν ώστε να αναδειχθούν περιφέρειες με υψηλότερη ή χαμηλότερη υγειονομική επιβάρυνση. Η χρήση τυποποιημένων δεικτών θνησιμότητας προκρίνεται έναντι της αποκλειστικής χρήσης αδρών δεικτών, επειδή περιορίζει τη στρέβλωση που προκαλεί η διαφορετική ηλικιακή σύνθεση των πληθυσμών (Eurostat, 2025).

Σε δεύτερο επίπεδο πραγματοποιείται συγκριτική ανάλυση Ελλάδας και Ευρωπαϊκής Ένωσης, με αξιοποίηση δεικτών από τη Eurostat, τον ΟΟΣΑ και τις εκθέσεις State of Health in the EU. Η σύγκριση αφορά κυρίως την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, τις

ανικανοποίητες ανάγκες ιατρικής φροντίδας, τις δαπάνες υγείας, τις άμεσες ιδιωτικές πληρωμές και τη στελέχωση των συστημάτων υγείας (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023; OECD/European Union, 2024). Η συγκριτική παρουσίαση γίνεται με πίνακες και διαγράμματα, ώστε να καταγράφονται αποκλίσεις από τους ευρωπαϊκούς μέσους όρους και να εντοπίζονται πεδία πιθανής υστέρησης ή σύγκλισης.

Ο συντελεστής Pearson ερμηνεύτηκε αποκλειστικά ως ένδειξη γραμμικής οικολογικής σχέσης. Οι συγκρίσεις ανεργίας, εκπαίδευσης, ηλικιακής σύνθεσης και στελέχωσης με δείκτες υγείας πραγματοποιήθηκαν περιγραφικά και συνδυάστηκαν με δημοσιευμένα ευρήματα. Δεν εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή παλινδρόμηση, καθώς ο μικρός αριθμός περιφερειών, οι ελλείψεις τιμών και η μη ταυτόχρονη διαθεσιμότητα των δεικτών θα δημιουργούσαν ασταθείς εκτιμήσεις.

3.5. Περιορισμοί της έρευνας

Η έρευνα υπόκειται σε περιορισμούς που απορρέουν από τη χρήση δευτερογενών και οικολογικών δεδομένων. Οι πηγές δεν καλύπτουν πάντοτε τα ίδια έτη, ενώ ορισμένες τιμές προέρχονται από διαφορετικές μεθόδους καταγραφής ή από δευτερογενή επεξεργασία. Ιδιαίτερα οι διαχρονικές σειρές ιατρών απαιτούν προσοχή, επειδή μπορεί να περιλαμβάνουν δημόσιο και ιδιωτικό τομέα και δεν αποτυπώνουν ισοδύναμα την πραγματική διαθεσιμότητα υπηρεσιών.

Ο οικολογικός χαρακτήρας δεν επιτρέπει εξαγωγή συμπερασμάτων για ατομικούς μηχανισμούς ούτε απόδειξη αιτιότητας. Η αρνητική συσχέτιση ΑΕΠ και τυποποιημένης θνησιμότητας μπορεί να επηρεάζεται από συγχυτικούς παράγοντες, όπως ηλικιακή δομή, αστικοποίηση, συμπεριφορές υγείας, περιβαλλοντικές εκθέσεις και εσωτερική κατανομή υπηρεσιών. Επιπλέον, οι απόλυτοι θάνατοι δεν συγκρίνονται άμεσα μεταξύ περιφερειών διαφορετικού πληθυσμιακού μεγέθους και δεν χρησιμοποιήθηκαν ως υποκατάστατο τυποποιημένης θνησιμότητας.

Τέλος, οι δείκτες προσωπικού και κλινών αποτυπώνουν ποσοτική διαθεσιμότητα και όχι κατ' ανάγκη λειτουργική επάρκεια, γεωγραφική εγγύτητα, κάλυψη ειδικοτήτων, ποιότητα ή συνέχεια φροντίδας. Για τον λόγο αυτό, τα ευρήματα αξιοποιούνται ως τεκμηριωμένες ενδείξεις προτεραιοτήτων πολιτικής και όχι ως πλήρης αξιολόγηση απόδοσης των περιφερειακών συστημάτων υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το παρόν κεφάλαιο παρουσιάζει τα εμπειρικά αποτελέσματα της περιγραφικής ανάλυσης των δευτερογενών δεδομένων, με έμφαση στους κοινωνικοοικονομικούς δείκτες, την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, την αυτοαντιλαμβανόμενη υγεία, τη θνησιμότητα, τη στελέχωση και τη διαθεσιμότητα υγειονομικών πόρων. Τα αποτελέσματα οργανώνονται με βάση τους πίνακες και τα διαγράμματα που προέκυψαν από τις διαθέσιμες πηγές Eurostat, OECD και State of Health in the EU, χωρίς να επιχειρείται ερμηνευτική σύνδεση ή αιτιολογική συσχέτιση των μεταβλητών. Η παρουσίαση περιορίζεται στην αποτύπωση των τιμών, των διαφοροποιήσεων και των συγκριτικών αποκλίσεων που εμφανίζονται στα δεδομένα.

4.1. Κοινωνικοοικονομικό και δημογραφικό πλαίσιο Ελλάδας–ΕΕ

Ο Πίνακας 1 αποτυπώνει το δημογραφικό και κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο της Ελλάδας σε σύγκριση με την Ευρωπαϊκή Ένωση για το 2022. Ο πληθυσμός της Ελλάδας ανέρχεται σε 10.459.782 κατοίκους, ενώ ο πληθυσμός της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε 446.735.291 κατοίκους. Το ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας άνω των 65 ετών στην Ελλάδα ανέρχεται σε 22,7%, έναντι 21,1% στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Ο δείκτης γονιμότητας της Ελλάδας για το 2021 είναι 1,4, ενώ ο αντίστοιχος δείκτης της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι 1,5. Ως προς τους κοινωνικοοικονομικούς δείκτες, το κατά κεφαλήν ΑΕΠ σε ισοτιμία αγοραστικής δύναμης είναι 23.934 ευρώ στην Ελλάδα και 35.219 ευρώ στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Το ποσοστό σχετικής φτώχειας στην Ελλάδα καταγράφεται στο 18,8%, έναντι 16,5% στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ενώ το ποσοστό ανεργίας είναι 12,5% στην Ελλάδα και 6,2% στην Ευρωπαϊκή Ένωση (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023).

Δείκτης	Ελλάδα	ΕΕ	Διαφορά Ελλάδας–ΕΕ	Περιγραφική ερμηνεία
Μέγεθος πληθυσμού	10.459.782	446.735.291	—	Η Ελλάδα αντιπροσωπεύει μικρό μέρος του συνολικού πληθυσμού της ΕΕ.

Δείκτης	Ελλάδα	ΕΕ	Διαφορά Ελλάδας–ΕΕ	Περιγραφική ερμηνεία
Ποσοστό πληθυσμού ηλικίας άνω των 65 ετών (%)	22,7	21,1	+1,6 ποσοστιαίες μονάδες	Η Ελλάδα εμφανίζει ελαφρώς εντονότερη γήρανση από τον μέσο όρο της ΕΕ.
Δείκτης γονιμότητας, 2021	1,4	1,5	-0,1	Η γονιμότητα στην Ελλάδα είναι οριακά χαμηλότερη από τον μέσο όρο της ΕΕ.
Κατά κεφαλήν ΑΕΠ σε ΙΑΔ, EUR	23.934	35.219	-11.285 EUR	Η Ελλάδα εμφανίζει σημαντικά χαμηλότερο κατά κεφαλήν οικονομικό επίπεδο από την ΕΕ.
Ποσοστό σχετικής φτώχειας (%)	18,8	16,5	+2,3 ποσοστιαίες μονάδες	Η σχετική φτώχεια είναι υψηλότερη στην Ελλάδα από τον μέσο όρο της ΕΕ.
Ποσοστό ανεργίας (%)	12,5	6,2	+6,3 ποσοστιαίες μονάδες	Η ανεργία στην Ελλάδα είναι περίπου διπλάσια από τον μέσο όρο της ΕΕ.

Πίνακας 1. Δημογραφικό και κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο Ελλάδας–ΕΕ, 2022

4.2. Πρόσβαση και αυτοαντιλαμβανόμενη υγεία ανά εισοδηματική ομάδα

Ο Πίνακας 2 παρουσιάζει τις μη ικανοποιούμενες ανάγκες ιατρικής εξέτασης στην Ελλάδα ανά εισοδηματική ομάδα για το 2024, στον πληθυσμό ηλικίας 16–64 ετών. Στο σύνολο του πληθυσμού, το ποσοστό μη ικανοποιούμενης ανάγκης λόγω κόστους, απόστασης ή χρόνου αναμονής είναι 6,1%, ενώ το ποσοστό χωρίς μη ικανοποιούμενη ανάγκη είναι 93,1%. Στο χαμηλότερο εισοδηματικό τεταρτημόριο, η μη ικανοποιούμενη ανάγκη λόγω κόστους, απόστασης ή αναμονής φτάνει το 9,1%, ενώ στο υψηλότερο εισοδηματικό τεταρτημόριο μειώνεται στο 4,6%. Το κόστος εμφανίζεται ως ο συχνότερα καταγεγραμμένος ειδικός λόγος μη πρόσβασης, με ποσοστό 7,6% στο χαμηλότερο εισοδηματικό τεταρτημόριο και 3,3% στο υψηλότερο. Οι λόγοι που σχετίζονται με την απόσταση και την έλλειψη χρόνου εμφανίζουν

χαμηλότερες τιμές σε όλες τις εισοδηματικές ομάδες, με μικρότερες διακυμάνσεις σε σχέση με το κόστος (Eurostat, 2024).

Εισοδηματική ομάδα	Χωρίς μη ικανοποιούμενη ανάγκη (%)	Μη ικανοποιούμενη ανάγκη λόγω κόστους/απόστασης/αναμονής (%)	Μη ικανοποιούμενη ανάγκη λόγω κόστους (%)	Μη ικανοποιούμενη ανάγκη λόγω απόστασης (%)	Μη ικανοποιούμενη ανάγκη λόγω έλλειψης χρόνου (%)
Σύνολο	93,1	6,1	4,7	0,4	0,3
1ο εισοδηματικό τεταρτημόριο — χαμηλότερο εισόδημα	89,8	9,1	7,6	0,4	0,3
2ο εισοδηματικό τεταρτημόριο	90,7	7,8	6,3	0,3	0,8
3ο εισοδηματικό τεταρτημόριο	92,4	6,6	5,1	0,1	0,3
4ο εισοδηματικό τεταρτημόριο — υψηλότερο εισόδημα	94,8	4,6	3,3	0,7	0,3

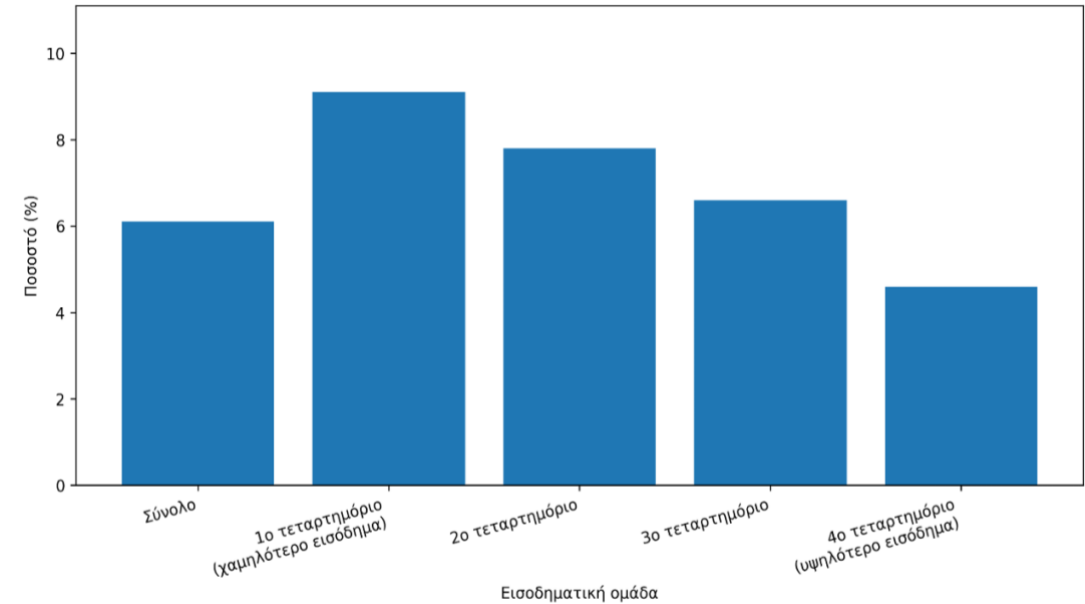
Πίνακας 2. Μη ικανοποιούμενες ανάγκες ιατρικής εξέτασης στην Ελλάδα ανά εισοδηματική ομάδα, 2024

Ο Πίνακας 3 παρουσιάζει την αυτοαντιλαμβανόμενη υγεία στην Ελλάδα ανά εισοδηματική ομάδα για το 2024, επίσης στον πληθυσμό ηλικίας 16–64 ετών. Στο σύνολο του πληθυσμού, το 61,5% δηλώνει πολύ καλή υγεία, το 29,2% καλή υγεία και το 90,7% καλή ή πολύ καλή υγεία. Η μέτρια υγεία καταγράφεται στο 6,4%, ενώ η κακή ή πολύ κακή υγεία στο 2,0%. Στο χαμηλότερο εισοδηματικό τεταρτημόριο, το ποσοστό καλής ή πολύ καλής υγείας είναι 87,7%, ενώ στο υψηλότερο εισοδηματικό τεταρτημόριο ανέρχεται σε 92,3%. Η κακή ή πολύ κακή υγεία ανέρχεται σε 2,9% στο πρώτο και στο δεύτερο εισοδηματικό τεταρτημόριο, μειώνεται σε 1,5% στο τρίτο και σε 1,2% στο τέταρτο εισοδηματικό τεταρτημόριο. Το Διάγραμμα 1 απεικονίζει τη

διαφοροποίηση των μη ικανοποιούμενων αναγκών ανά εισοδηματική ομάδα, με υψηλότερες τιμές στα χαμηλότερα εισοδήματα και χαμηλότερη τιμή στο υψηλότερο εισοδηματικό τεταρτημόριο (Eurostat, 2025).

Εισοδηματική ομάδα	Πολύ καλή υγεία (%)	Καλή υγεία (%)	Καλή ή πολύ καλή υγεία (%)	Μέτρια υγεία (%)	Κακή ή πολύ κακή υγεία (%)
Σύνολο	61,5	29,2	90,7	6,4	2,0
1ο εισοδηματικό τεταρτημόριο — χαμηλότερο εισόδημα	57,1	30,6	87,7	8,5	2,9
2ο εισοδηματικό τεταρτημόριο	57,9	31,0	89,0	7,2	2,9
3ο εισοδηματικό τεταρτημόριο	64,4	28,0	92,4	5,1	1,5
4ο εισοδηματικό τεταρτημόριο — υψηλότερο εισόδημα	64,0	28,3	92,3	5,7	1,2

Πίνακας 3. Αυτοαντιλαμβανόμενη υγεία στην Ελλάδα ανά εισοδηματική ομάδα, 2024



Διάγραμμα 1. Μη ικανοποιούμενες ανάγκες ιατρικής εξέτασης στην Ελλάδα ανά εισοδηματική ομάδα, 2024

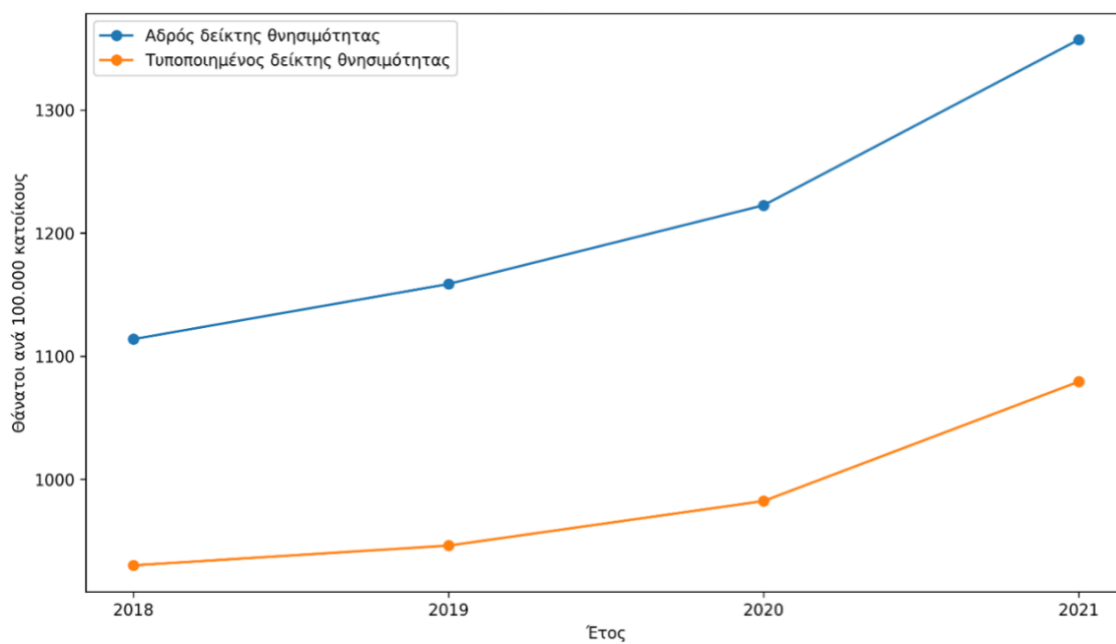
4.3. Περιφερειακή διαφοροποίηση της θνησιμότητας

Ο Πίνακας 4 παρουσιάζει τον αδρό και τον τυποποιημένο δείκτη θνησιμότητας ανά ελληνική περιφέρεια NUTS 2 για το 2021, για όλες τις αιτίες θανάτου, το σύνολο των φύλων και όλες τις ηλικίες. Σε εθνικό επίπεδο, ο αδρός δείκτης θνησιμότητας είναι 1.357,02 θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους και ο τυποποιημένος δείκτης 1.079,29. Με βάση τον αδρό δείκτη, οι υψηλότερες τιμές καταγράφονται στη Θεσσαλία με 1.561,86, στη Δυτική Μακεδονία με 1.549,98, στην Ανατολική Μακεδονία και Θράκη με 1.501,56 και στην Πελοπόννησο με 1.498,27. Οι χαμηλότερες τιμές καταγράφονται στο Νότιο Αιγαίο με 965,40, στην Κρήτη με 1.106,16 και στο Βόρειο Αιγαίο με 1.133,41. Με βάση τον τυποποιημένο δείκτη, η Κεντρική Μακεδονία εμφανίζει την υψηλότερη τιμή με 1.185,40, ακολουθούμενη από την Ανατολική Μακεδονία και Θράκη με 1.153,69, τη Θεσσαλία με 1.114,92 και την Αττική με 1.088,60. Το Διάγραμμα 2 παρουσιάζει την εξέλιξη της αδρής και τυποποιημένης θνησιμότητας στην Ελλάδα κατά την περίοδο 2018–2021. Ο αδρός δείκτης αυξάνεται από 1.113,83 το 2018 σε 1.357,02 το 2021, ενώ ο τυποποιημένος δείκτης αυξάνεται από 930,15 σε 1.079,29 κατά την ίδια περίοδο (Eurostat, 2025).

Περιοχή Περιφέρεια NUTS 2	Αδρός δείκτης θνησιμότητας	Τυποποιημένος δείκτης θνησιμότητας	Διαφορά τυποποιημένου δείκτη από Ελλάδα
Ελλάδα	1.357,02	1.079,29	0,00
Αττική	1.267,33	1.088,60	+9,31
Βόρειο Αιγαίο	1.133,41	860,62	-218,67
Νότιο Αιγαίο	965,40	971,82	-107,47
Κρήτη	1.106,16	965,97	-113,32
Ανατολική Μακεδονία και Θράκη	1.501,56	1.153,69	+74,40
Κεντρική Μακεδονία	1.469,05	1.185,40	+106,11

Περιοχή / Περιφέρεια NUTS 2	Αθρόος δείκτης θνησιμότητας	Τυποποιημένος δείκτης θνησιμότητας	Διαφορά τυποποιημένου δείκτη από Ελλάδα
Δυτική Μακεδονία	1.549,98	1.061,07	-18,22
Ηπειρος	1.388,52	868,53	-210,76
Θεσσαλία	1.561,86	1.114,92	+35,63
Ιόνια Νησιά	1.373,84	1.055,31	-23,98
Δυτική Ελλάδα	1.407,11	1.085,44	+6,15
Στερεά Ελλάδα	1.465,99	1.039,29	-40,00
Πελοπόννησος	1.498,27	999,75	-79,54

Πίνακας 4. Αθρόος και τυποποιημένος δείκτης θνησιμότητας ανά ελληνική περιφέρεια, 2021



Διάγραμμα 2. Τάση θνησιμότητας στην Ελλάδα, 2018-2021

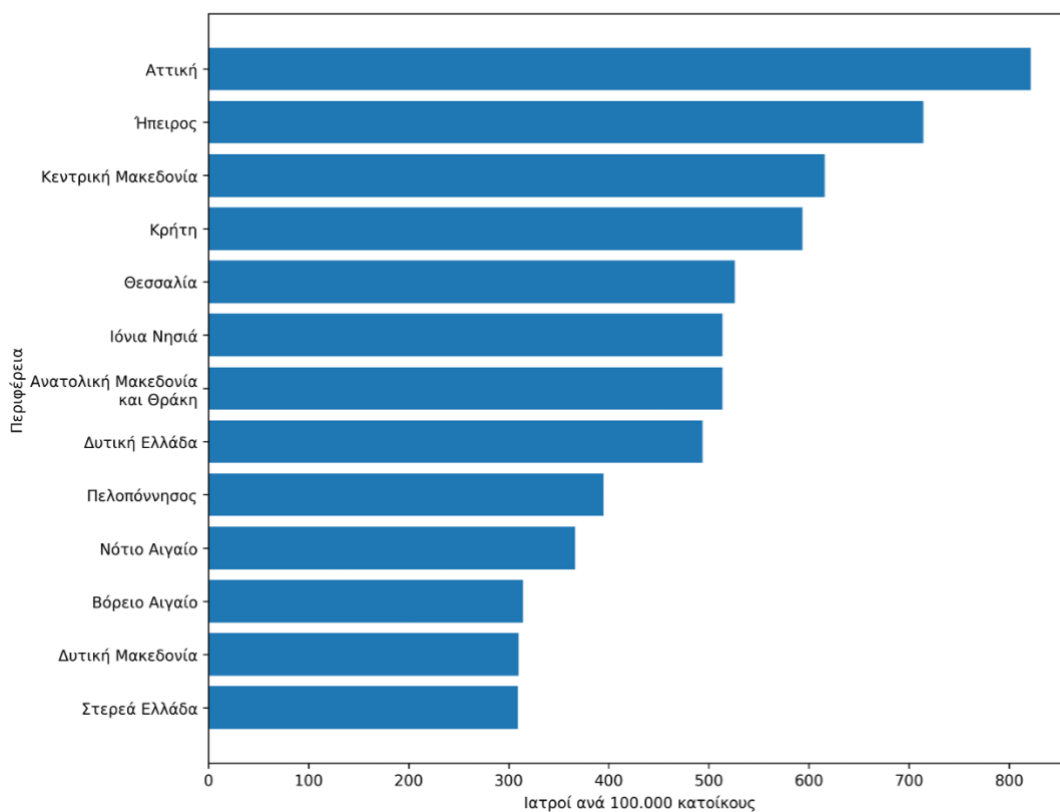
4.4. Περιφερειακή κατανομή ιατρών

Ο Πίνακας 5 παρουσιάζει τους ιατρούς ανά 100.000 κατοίκους ανά ελληνική περιφέρεια NUTS 2 για το 2020. Σε εθνικό επίπεδο, η Ελλάδα καταγράφει 618,47 ιατρούς ανά 100.000 κατοίκους. Η υψηλότερη τιμή εμφανίζεται στην Αττική με 821,56 ιατρούς ανά 100.000 κατοίκους, ενώ ακολουθούν η Ήπειρος με 714,13, η Κεντρική Μακεδονία με 615,73 και η Κρήτη με 593,23. Οι χαμηλότερες τιμές καταγράφονται στη Στερεά Ελλάδα με 309,35, στη Δυτική Μακεδονία με 310,19 και στο Βόρειο Αιγαίο με 314,57. Το Διάγραμμα 3 απεικονίζει την κατάταξη των περιφερειών με βάση την αναλογία ιατρών ανά 100.000 κατοίκους, αναδεικνύοντας το εύρος των περιφερειακών διαφορών στη διαθέσιμη ιατρική στελέχωση (Eurostat, 2021).

Περιοχή / Περιφέρεια NUTS 2	Κάτοικοι ανά ιατρό	Ιατροί ανά 100.000 κατοίκους
Ελλάδα	161,69	618,47
Αττική	121,72	821,56
Βόρειο Αιγαίο	317,89	314,57
Νότιο Αιγαίο	272,99	366,31
Κρήτη	168,57	593,23
Ανατολική Μακεδονία και Θράκη	194,67	513,69
Κεντρική Μακεδονία	162,41	615,73
Δυτική Μακεδονία	322,38	310,19
Ήπειρος	140,03	714,13
Θεσσαλία	190,14	525,93
Ιόνια Νησιά	194,59	513,90
Δυτική Ελλάδα	202,51	493,80
Στερεά Ελλάδα	323,26	309,35

Περιοχή / Περιφέρεια NUTS 2	Κάτοικοι ανά ιατρό	Ιατροί ανά 100.000 κατοίκους
Πελοπόννησος	253,28	394,82

Πίνακας 5. Ιατροί ανά 100.000 κατοίκους ανά ελληνική περιφέρεια NUTS 2, 2020



Διάγραμμα 3. Ιατροί ανά 100.000 κατοίκους ανά ελληνική περιφέρεια NUTS 2, 2020

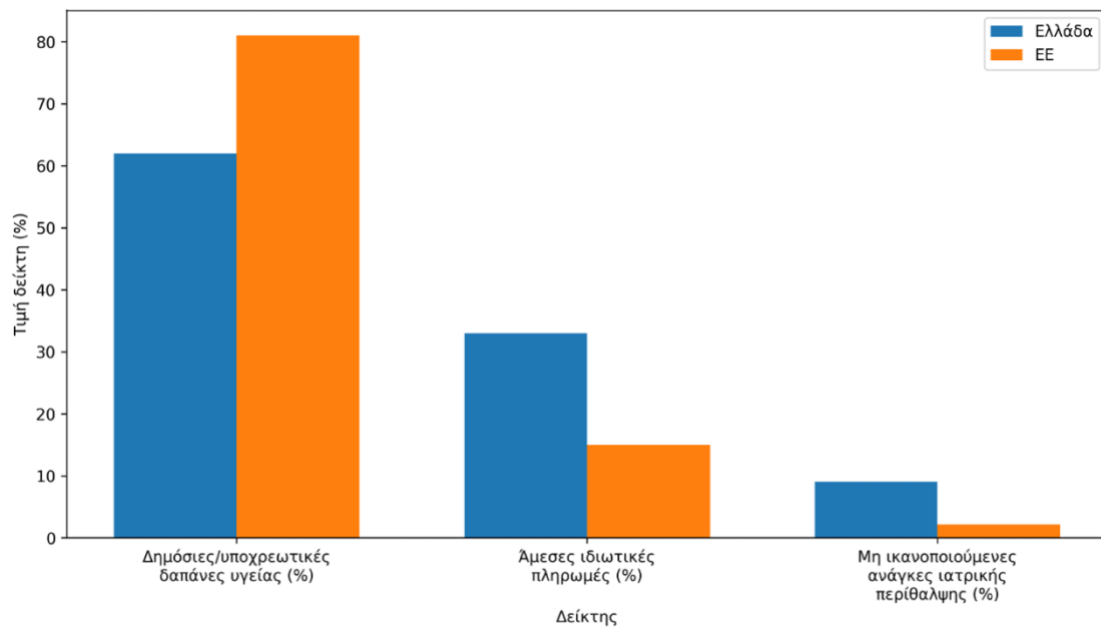
4.5. Νοσοκομειακές κλίνες και σύγκριση χρηματοδότησης-πρόσβασης

Ο Πίνακας 6 παρουσιάζει τις διαθέσιμες νοσοκομειακές κλίνες ανά 100.000 κατοίκους ανά ελληνική περιφέρεια NUTS 2 για το 2023. Η εθνική τιμή είναι 423,84 κλίνες ανά 100.000 κατοίκους. Η υψηλότερη τιμή καταγράφεται στη Θεσσαλία με 591,65 κλίνες ανά 100.000 κατοίκους, ενώ ακολουθούν η Ήπειρος με 481,86, η Αττική με 472,34, η Δυτική Μακεδονία με 453,43 και η Κεντρική Μακεδονία με 452,57. Οι χαμηλότερες τιμές εμφανίζονται στη Στερεά Ελλάδα με 210,90, στην Πελοπόννησο με 236,33 και στο Νότιο Αιγαίο με 269,38. Το Διάγραμμα 4 παρουσιάζει τη σύγκριση Ελλάδας και Ευρωπαϊκής Ένωσης σε επιλεγμένους δείκτες χρηματοδότησης και πρόσβασης. Η Ελλάδα εμφανίζει δημόσια ή υποχρεωτική χρηματοδότηση υγείας 62%,

έναντι 81% στην Ευρωπαϊκή Ένωση, άμεσες ιδιωτικές πληρωμές 33%, έναντι 15% στην Ευρωπαϊκή Ένωση, και μη ικανοποιούμενες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης 9,0%, έναντι 2,2% στην Ευρωπαϊκή Ένωση (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023).

Περιοχή / Περιφέρεια NUTS 2	Κάτοικοι ανά κλίνη	Κλίνες ανά 100.000 κατοίκους
Ελλάδα	235,94	423,84
Αττική	211,71	472,34
Βόρειο Αιγαίο	286,39	349,17
Νότιο Αιγαίο	371,22	269,38
Κρήτη	253,48	394,51
Ανατολική Μακεδονία και Θράκη	227,87	438,85
Κεντρική Μακεδονία	220,96	452,57
Δυτική Μακεδονία	220,54	453,43
Ήπειρος	207,53	481,86
Θεσσαλία	169,02	591,65
Ιόνια Νησιά	302,49	330,59
Δυτική Ελλάδα	323,65	308,98
Στερεά Ελλάδα	474,16	210,90
Πελοπόννησος	423,14	236,33

Πίνακας 6. Διαθέσιμες νοσοκομειακές κλίνες ανά 100.000 κατοίκους ανά ελληνική περιφέρεια NUTS 2, 2023



Διάγραμμα 4. Σύγκριση Ελλάδας -ΕΕ σε δείκτες χρηματοδότησης και πρόσβασης

4.6. Περιφερειακό εισόδημα και θνησιμότητα

Πίνακας 7. Διαχρονική εξέλιξη του κατά κεφαλήν ΑΕΠ ανά ελληνική περιφέρεια, 2001–2023

Περιφέρεια (NUTS 2)	2001 (Προ Κρίσης)	2014 (Κορύφωση Κρίσης)	2020 (Πανδημία)	2023 (Ανάκαμψη)
Σύνολο Ελλάδας (Εθνικός Μ.Ο.)	17.900 €	19.900 €	15.660 €	21.301 €
Αττική	22.600 €	27.100 €	21.762 €	29.732 €
Νότιο Αιγαίο	20.700 €	22.000 €	14.328 €	21.610 €
Ιόνια Νησιά	18.200 €	18.400 €	12.729 €	19.502 €
Στερεά Ελλάδα	18.900 €	16.900 €	14.649 €	18.469 €
Κρήτη	16.500 €	17.300 €	12.475 €	18.345 €
Πελοπόννησος	14.900 €	15.900 €	13.503 €	17.841 €
Κεντρική Μακεδονία	14.900 €	15.300 €	12.452 €	16.982 €
Θεσσαλία	13.900 €	15.100 €	12.228 €	16.286 €
Δυτική Μακεδονία	15.700 €	18.100 €	13.363 €	15.543 €
Δυτική Ελλάδα	13.400 €	14.800 €	11.397 €	15.210 €
Ανατολική Μακεδονία & Θράκη	13.700 €	13.700 €	10.503 €	13.840 €
Ήπειρος	13.600 €	14.000 €	10.432 €	13.789 €
Βόρειο Αιγαίο	13.100 €	15.700 €	9.919 €	13.136 €

Πηγή: Eurostat, περιφερειακοί οικονομικοί λογαριασμοί (nama_10r_2gdp)· δευτερογενής επεξεργασία.

Η διαχρονική εξέλιξη αναδεικνύει επίμονη χωρική συγκέντρωση του εισοδήματος. Η Αττική διατηρεί σε όλα τα έτη την υψηλότερη τιμή, ενώ η Ήπειρος, το Βόρειο Αιγαίο και η Ανατολική Μακεδονία και Θράκη παραμένουν στο χαμηλότερο τμήμα της κατανομής. Η πτώση του 2020 είναι ιδιαίτερα έντονη στις τουριστικές

περιφέρειες, χωρίς όμως να εξαλείφει τη μακροχρόνια απόσταση μεταξύ μητροπολιτικού κέντρου και οικονομικά ασθενέστερων περιοχών.

Οι τιμές του κατά κεφαλήν ΑΕΠ χρησιμοποιούνται ως δείκτης περιφερειακής οικονομικής δυνατότητας και όχι ως ατομικό εισόδημα. Επομένως, η ερμηνεία αφορά το οικονομικό περιβάλλον της περιφέρειας και τη δυνητική του σύνδεση με υλικούς πόρους, κοινωνική προστασία και πρόσβαση σε υπηρεσίες.

Πίνακας 8. Κατά κεφαλήν ΑΕΠ και τυποποιημένος δείκτης θνησιμότητας ανά περιφέρεια, 2001 και 2014

Περιφέρεια (NUTS 2)	ΑΕΠ 2001 (€)	SMR 2001	ΑΕΠ 2014 (€)	SMR 2014
Αττική	22.600	91	27.100	94
Νότιο Αιγαίο	20.700	80	22.000	79
Ιόνια Νησιά	18.200	114	18.400	113
Κρήτη	16.500	97	17.300	88
Στερεά Ελλάδα	18.900	M/Δ	16.900	108
Πελοπόννησος	14.900	126	15.900	114
Κεντρική Μακεδονία	14.900	M/Δ	15.300	100
Θεσσαλία	13.900	111	15.100	109
Δυτική Μακεδονία	15.700	105	18.100	109
Δυτική Ελλάδα	13.400	107	14.800	104
Ανατολική Μακεδονία & Θράκη	13.700	114	13.700	111
Ήπειρος	13.600	109	14.000	105
Βόρειο Αιγαίο	13.100	133	15.700	115

Πηγή: Eurostat και Gavalas (2018)· υπολογισμοί της παρούσας μελέτης.

Για το 2001, στις έντεκα περιφέρειες με πλήρη ζεύγη παρατηρήσεων, προέκυψε ισχυρή αρνητική συσχέτιση μεταξύ κατά κεφαλήν ΑΕΠ και τυποποιημένης θνησιμότητας ($r=-0,725$, $p=0,012$). Για το 2014, με διαθέσιμα δεδομένα και για τις δεκατρείς περιφέρειες, η σχέση παρέμεινε αρνητική και οριακά στατιστικά σημαντική ($r=-0,554$, $p=0,049$).

Το αποτέλεσμα υποδηλώνει ότι οι περιφέρειες με υψηλότερο οικονομικό επίπεδο τείνουν να εμφανίζουν χαμηλότερη τυποποιημένη θνησιμότητα. Δεν τεκμηριώνει αιτιότητα, καθώς η σχέση μπορεί να διαμεσολαβείται από την εκπαίδευση, τη σύνθεση της απασχόλησης, τις συμπεριφορές υγείας, το περιβάλλον και την οργάνωση των υπηρεσιών.

4.7. Ανεργία, πρόσβαση και νοσηρότητα

Πίνακας 9. Ποσοστά ανεργίας ανά ελληνική περιφέρεια σε επιλεγμένα έτη, 2008–2024

Περιφέρεια (NUTS 2)	2008 (Προ Κρίσης)	2013 (Κορύφωση)	2023 (Ανάκαμψη)	2024 (Τρέχον)*
Αττική	6,7%	28,1%	9,4%	9,1%
Κεντρική Μακεδονία	8,2%	30,2%	12,8%	12,4%
Δυτική Μακεδονία	12,1%	31,8%	12,5%	10,7%
Ιόνια Νησιά	9,5%	22,4%	16,2%	14,8%
Νότιο Αιγαίο	7,4%	20,1%	7,2%	8,1%
Κρήτη	7,1%	24,5%	10,8%	11,2%
Δυτική Ελλάδα	9,8%	29,4%	11,0%	10,5%
Ήπειρος	9,2%	26,8%	11,6%	11,6%
Θεσσαλία	8,5%	26,4%	11,0%	11,0%
Πελοπόννησος	7,6%	21,5%	7,5%	7,5%
Ανατ. Μακεδονία & Θράκη	10,4%	28,9%	10,6%	10,6%
Στερεά Ελλάδα	8,9%	27,2%	11,1%	11,1%
Βόρειο Αιγαίο	6,8%	21,1%	7,1%	9,8%

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, Έρευνα Εργατικού Δυναμικού· δευτερογενής επεξεργασία. Οι τιμές του 2024 αφορούν το Δ' τρίμηνο.

Η οικονομική κρίση οδήγησε σε απότομη αύξηση της ανεργίας σε όλες τις περιφέρειες, με κορύφωση το 2013. Παρά την αποκλιμάκωση έως το 2024, η Κεντρική και η Δυτική Μακεδονία, η Ήπειρος και αρκετές ηπειρωτικές περιφέρειες εξακολουθούν να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά από την Αττική και ορισμένες τουριστικές περιοχές. Οι τιμές των νησιωτικών περιφερειών πρέπει να ερμηνεύονται σε συνάρτηση με την εποχικότητα της απασχόλησης.

Σε συνδυασμό με τα βιβλιογραφικά δεδομένα για την ελληνική κρίση, η επίμονη ανεργία συνδέεται με εισοδηματική επισφάλεια, ψυχοκοινωνική επιβάρυνση, χειρότερη αυτοαναφερόμενη υγεία και αυξημένο κίνδυνο αναβολής αναγκαίας φροντίδας. Η παρούσα μελέτη δεν αποδίδει τις περιφερειακές εκβάσεις αποκλειστικά στην ανεργία, αλλά την αντιμετωπίζει ως έναν από τους αλληλεπιδρώντες κοινωνικούς μηχανισμούς.

4.8. Εκπαίδευση, πρόληψη και υγειονομικός εγγραμματισμός

Πίνακας 10. Εκπαιδευτικό χάσμα σε επιλεγμένους δείκτες υγείας και πρόληψης στην Ελλάδα

Δείκτης υγείας / πρόληψης	Χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο	Υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο
Προσδόκιμο ζωής ανδρών στην ηλικία των 30 ετών	Βάση αναφοράς	+6 έτη
Επιπολασμός παχυσαρκίας ενηλίκων	21,9%	≤16,2%
Προληπτική μαστογραφία (γυναίκες 50–69 ετών)	61%	85%
Έλεγχος τραχήλου μήτρας / τεστ Παπανικολάου	61%	88%

Δείκτης υγείας / πρόληψης	Χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο	Υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο
Υγειονομικός εγγραμματισμός και αξιοποίηση πρόληψης	Χαμηλότερος	Υψηλότερος

Πηγή: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019) και δεδομένα EHIS.

Το μορφωτικό επίπεδο συνδέεται με σημαντική διαφοροποίηση τόσο στο προσδόκιμο ζωής όσο και στη χρήση προληπτικών υπηρεσιών. Η διαφορά έξι ετών στο αναμενόμενο προσδόκιμο ζωής των ανδρών ηλικίας 30 ετών και οι υψηλότερες καλύψεις μαστογραφίας και ελέγχου τραχήλου μεταξύ των γυναικών με τριτοβάθμια εκπαίδευση αποτυπώνουν έναν σαφή κοινωνικό βαθμιδωτό μηχανισμό.

Η εκπαίδευση λειτουργεί μέσω πολλαπλών διαδρομών: αυξάνει την πιθανότητα σταθερής απασχόλησης και εισοδήματος, ενισχύει τον υγειονομικό εγγραμματισμό, διευκολύνει την πλοήγηση στο σύστημα και ευνοεί την έγκαιρη αξιοποίηση της πρόληψης. Συνεπώς, η εκπαιδευτική ανισότητα δεν αποτελεί μόνο κοινωνικό χαρακτηριστικό, αλλά παράγοντα που μεταφράζεται σε άνισες ευκαιρίες υγείας.

4.9. Ηλικιακή σύνθεση και ασύμμετρη δημογραφική γήρανση

Πίνακας 11. Διαχρονική εξέλιξη βασικών ηλικιακών ομάδων στην Ελλάδα, 1951–2025

Έτος Αναφοράς	Ομάδα 0-14 ετών (%)	Ομάδα 15-64 ετών (%)	Ομάδα 65+ ετών (%)	Δείκτης Γήρανσης
1951	28,9%	64,4%	6,7%	23,3
1981	23,7%	63,6%	12,7%	53,7
2001	15,2%	68,1%	16,7%	109,9
2021 (Τελευταία Απογραφή)	14,1%	63,3%	22,6%	159,4
2025 (Προβολή ΕΛΣΤΑΤ)	12,8%	63,5%	23,7%	185,4

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, Απογραφές Πληθυσμού 1951–2021· η τιμή 2025 αποτελεί προβολή.

Η ηλικιακή δομή της Ελλάδας μεταβλήθηκε ριζικά. Το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω αυξήθηκε από 6,7% το 1951 σε 22,6% το 2021, ενώ η αναλογία των παιδιών μειώθηκε σχεδόν στο μισό. Η μεταβολή αυξάνει τη ζήτηση για διαχείριση χρόνιων νοσημάτων, πολυνοσηρότητας, αποκατάστασης και μακροχρόνιας φροντίδας.

Ο αδρός δείκτης θνησιμότητας επηρεάζεται έντονα από αυτή τη δημογραφική μεταβολή. Για τον λόγο αυτό, οι διαπεριφερειακές συγκρίσεις της μελέτης στηρίζονται πρωτίστως στους τυποποιημένους δείκτες, ενώ η ηλικιακή σύνθεση αντιμετωπίζεται ταυτόχρονα ως πραγματικός προσδιοριστής των αναγκών υπηρεσιών.

Πίνακας 12. Επιλεγμένες ηλικιακές ομάδες και δημογραφικό προφίλ ανά ελληνική περιφέρεια, 2023

Περιφέρεια (NUTS 2)	Νέοι Παραγωγικοί (25-34 ετών)	Ωριμοί Παραγωγικοί (55-64 ετών)	Πρώτη Τρίτη Ηλικία (65-74 ετών)	Προφίλ Διάμεσης Ηλικίας
Αττική	418.000	529.000	414.000	Νεανικότερο (~42-44 έτη)
Κεντρική Μακεδονία	186.000	255.000	200.000	Μέτρια Γήρανση
Θεσσαλία	64.400	96.100	81.900	Μέτρια Γήρανση
Δυτική Ελλάδα	66.000	89.700	76.300	Μέτρια Γήρανση
Κρήτη	67.900	79.700	60.500	Νεανικότερο (~42-44 έτη)
Πελοπόννησος	51.500	78.500	68.200	Σε Κρίση / Προχωρημένη
Ανατ. Μακεδονία & Θράκη	56.400	80.500	64.200	Μέτρια Γήρανση
Στερεά Ελλάδα	48.200	74.300	60.100	Σε Κρίση (> 48 έτη)
Νότιο Αιγαίο	36.800	41.200	34.200	Νεανικότερο (~42-44 έτη)
Ήπειρος	28.500	44.100	42.700	Σε Κρίση (> 48 έτη)
Δυτική Μακεδονία	22.600	39.400	31.000	Σε Κρίση (> 48 έτη)
Βόρειο Αιγαίο	20.300	25.500	21.000	Προχωρημένη Γήρανση
Ιόνια Νησιά	19.700	29.900	24.600	Προχωρημένη Γήρανση

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, πληθυσμιακές εκτιμήσεις και Απογραφή 2021· δευτερογενής επεξεργασία.

Η γήρανση δεν κατανέμεται ομοιόμορφα. Η Ήπειρος, η Δυτική Μακεδονία, η Στερεά Ελλάδα, η Πελοπόννησος και τα νησιά του Βορείου Αιγαίου εμφανίζουν μεγαλύτερη αναλογία ώριμων και ηλικιωμένων ομάδων σε σχέση με τους νεότερους παραγωγικούς πληθυσμούς. Αντίθετα, η Αττική, η Κρήτη και το Νότιο Αιγαίο διατηρούν σχετικά νεότερο προφίλ.

Η ασύμμετρη γήρανση ενισχύει τις ανάγκες σε περιφέρειες που συχνά αντιμετωπίζουν παράλληλα γεωγραφική απομόνωση και δυσκολίες στελέχωσης. Πρόκειται επομένως για διπλή ανισότητα: υψηλότερο φορτίο ανάγκης και χαμηλότερη λειτουργική διαθεσιμότητα υπηρεσιών.

4.10. Ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Πίνακας 13. Μεταβολή ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού Κέντρων Υγείας ανά περιφέρεια, 2023–2024

Διοικητική Περιφέρεια	Ιατρικό Προσωπικό (2023)	Ιατρικό Προσωπικό (2024)	Μεταβολή Ιατρών (%)	Νοσηλευτικό Προσωπικό (2023)	Νοσηλευτικό Προσωπικό (2024)	Μεταβολή Νοσηλευτών (%)
Σύνολο Ελλάδος	4.139	3.920	-5,3%	5.098	4.906	-3,8%
Αττική	1.350	1.225	-9,3%	1.167	1.080	-7,5%
Κεντρική Μακεδονία	691	662	-4,2%	927	893	-3,7%
Κρήτη	281	256	-8,9%	257	267	+3,9%
Δυτική Ελλάδα	285	282	-1,1%	365	369	+1,1%

Διοικητική Περιφέρεια	Ιατρικό Προσωπικό (2023)	Ιατρικό Προσωπικό (2024)	Μεταβολή Ιατρών (%)	Νοσηλευτικό Προσωπικό (2023)	Νοσηλευτικό Προσωπικό (2024)	Μεταβολή Νοσηλευτών (%)
Ανατ. Μακεδονία & Θράκη	267	258	-3,4%	389	371	-4,6%
Θεσσαλία	265	274	+3,4%	485	466	-3,9%
Πελοπόννησος	246	226	-8,1%	331	323	-2,4%
Στερεά Ελλάδα	199	202	+1,5%	298	284	-4,7%
Ήπειρος	181	178	-1,7%	364	362	-0,5%
Δυτική Μακεδονία	120	103	-14,2%	207	205	-1,0%
Νότιο Αιγαίο	93	88	-5,4%	111	100	-9,9%
Ιόνια Νησιά	81	78	-3,7%	82	77	-6,1%
Βόρειο Αιγαίο	80	88	+10,0%	115	109	-5,2%

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, Απογραφή Κέντρων Υγείας και λοιπών μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, 2024.

Στο σύνολο της χώρας, το ιατρικό προσωπικό των μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας μειώθηκε κατά 5,3% και το νοσηλευτικό κατά 3,8% μεταξύ 2023 και 2024. Οι μεγαλύτερες μειώσεις ιατρών καταγράφονται στη Δυτική Μακεδονία, στην Αττική, στην Κρήτη και στην Πελοπόννησο, ενώ το Νότιο Αιγαίο παρουσιάζει τη μεγαλύτερη μείωση νοσηλευτικού προσωπικού.

Το εύρημα συμπληρώνει την εικόνα της συνολικής πυκνότητας ιατρών. Μια περιφέρεια μπορεί να εμφανίζει ικανοποιητικό συνολικό αριθμό ιατρών, αλλά ταυτόχρονα να υπολείπεται σε δημόσιες δομές πρώτης γραμμής ή σε νοσηλευτικό προσωπικό. Η λειτουργική πρόσβαση εξαρτάται επομένως από τον τομέα απασχόλησης, την ειδικότητα και τη χωρική κατανομή και όχι μόνο από το συνολικό πλήθος επαγγελματιών.

4.11. Συγκριτική ανάλυση Ελλάδας, Ιταλίας και Πορτογαλίας

Πίνακας 14. Δείκτες πρόσβασης και οικονομικής προστασίας

Δείκτης / Χώρα	Ελλάδα	Ιταλία	Πορτογαλία	Μέσος Όρος Ε.Ε.
Ανικανοποίητες ανάγκες ιατρικής φροντίδας	12,1%	~1,8%	~2,4%	3,6%
Κύρια αιτία ανικανοποίητων αναγκών	Υψηλό Κόστος	Λίστες Αναμονής	Λίστες Αναμονής	-
Ιδιωτικές Πληρωμές (Out-of-Pocket) ως % της συνολικής δαπάνης	33,0%	~23,0%	~30,0%	15,0%
Οδοντιατρική φροντίδα ενηλίκων	Εκτός δημόσιας κάλυψης	Εκτός δημόσιας κάλυψης	Εκτός δημόσιας κάλυψης	Μερική/Πλήρης κάλυψη (ανά χώρα)

Πηγή: State of Health in the EU: προφίλ υγείας Ελλάδας, Ιταλίας και Πορτογαλίας· Health at a Glance: Europe. Οι προσηγηριστικές τιμές αφορούν τα πλέον συγκρίσιμα διαθέσιμα έτη.

Η Ελλάδα διαφοροποιείται κυρίως ως προς την ένταση των μη ικανοποιούμενων αναγκών και την οικονομική αιτία τους. Και τα τρία μεσογειακά συστήματα εμφανίζουν ιδιωτικές πληρωμές υψηλότερες από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όμως στην Ελλάδα το κόστος αποτελεί συχνότερα άμεσο εμπόδιο πρόσβασης.

Πίνακας 15. Κατανομή ανθρώπινων πόρων και οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας

Δείκτης / Χώρα	Ελλάδα	Ιταλία	Πορτογαλία
Πυκνότητα Ιατρών (ανά 1.000 κατ.)	Πολύ Υψηλή (6,7 - 6,9)	Μέτρια (~4,0)	Υψηλή (~5,3)
Πυκνότητα Νοσηλευτών (ανά 1.000 κατ.)	Πολύ Χαμηλή (~3,8)*	Χαμηλή (~6,9)	Χαμηλή (~7,3)
Αναλογία Νοσηλευτών προς Ιατρούς	0,35 / 1 (Η χαμηλότερη)	1,3 / 1	1,4 / 1
Ρόλος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (ΠΦΥ)	Αδύναμος (Γενικοί Ιατροί: ~6-7%)	Μέτριος (Ενίσχυση σε εξέλιξη)	Ισχυρός (Γενικοί Ιατροί: ~53%)
Μηχανισμός "Gatekeeping" (Παραπομπής)	Ανεπαρκής / Υπό εφαρμογή	Ενεργός	Ενεργός και Αποτελεσματικός

Πηγή: OECD/European Union (2024) και State of Health in the EU (2023).

Η Ελλάδα διαθέτει υψηλή καταγεγραμμένη πυκνότητα ιατρών, αλλά εξαιρετικά χαμηλή αναλογία νοσηλευτών προς ιατρούς και περιορισμένη παρουσία γενικών ιατρών. Αντίθετα, η Πορτογαλία στηρίζεται περισσότερο στην οργανωμένη Πρωτοβάθμια Φροντίδα και σε ενεργό μηχανισμό παραπομπής. Η σύγκριση δείχνει ότι ο συνολικός αριθμός ιατρών δεν ισοδυναμεί αυτομάτως με ισότιμη και αποτελεσματική πρόσβαση.

Πίνακας 16. Βασικοί δείκτες υγείας και αποφεύξιμης θνησιμότητας

Δείκτης / Χώρα	Ελλάδα	Ιταλία	Πορτογαλία	Μέσος Όρος Ε.Ε.
Προσδόκιο Ζωής κατά τη γέννηση (έτη)	81,8	82,7	82,7	~81,1
Τυποποιημένος Δείκτης Θεραπεύσιμης Θνησιμότητας* (ανά 100.000 κατ.)	72,0	61,9 - 63,5	89,7	86,8
Τυποποιημένος Δείκτης Αποτρεπτής Θνησιμότητας** (ανά 100.000 κατ.)	141,0	98,4 - 113,3	< 168,0	150,9
Συνολική Αποφεύξιμη Θνησιμότητα (ανά 100.000 κατ.)	213,0	160,3 - 176,7	~257,0	237,7
Βρεφική Θνησιμότητα (θάνατοι ανά 1.000 ζωντανές γεννήσεις)	3,8 (2024)	~2,5	~2,4	3,6
Ποσοστό Καθημερινών Καπνιστών (κύριος παράγοντας αποτρεπτής θνησιμότητας)	24,9%	~19,0%	~16,0%	~19,0%

Πηγή: OECD/European Union (2024), Eurostat και προφίλ υγείας χωρών. Οι τιμές είναι στρογγυλοποιημένες και αφορούν διαφορετικά πρόσφατα έτη.

Η Ελλάδα εμφανίζει σχετικά ευνοϊκή θεραπεύσιμη θνησιμότητα σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ, γεγονός που υποδηλώνει ικανότητα της θεραπευτικής φροντίδας όταν ο ασθενής εισέρχεται στο σύστημα. Η αποτρεπτή θνησιμότητα και η βρεφική θνησιμότητα παραμένουν λιγότερο ευνοϊκές από τις επιδόσεις της Ιταλίας, αναδεικνύοντας περιθώρια ενίσχυσης της πρόληψης, της μητρικής και παιδικής υγείας και της διαχείρισης παραγόντων κινδύνου.

Πίνακας 17. Τυπολογία περιφερειακών ανισοτήτων στα τρία μεσογειακά συστήματα

Χαρακτηριστικό	Ελλάδα	Ιταλία	Πορτογαλία
Μορφή Ανισότητας	Κέντρο vs. Περιφέρεια (Υδροκεφαλισμός - Νησιωτικότητα)	Βορράς vs. Νότος (Διαχρονικός Δυϊσμός)	Ακτές vs. Ενδοχώρα (Αστικά κέντρα έναντι αγροτικών)
Προνομιούχες Περιοχές	Αττική, Θεσσαλονίκη (Συγκέντρωση >60% ιατρών)	Λομβαρδία, Βένετο, Εμίλια-Ρομάνια	Μητροπολιτική Λισαβόνα, Πόρτο
Προβληματικές Περιοχές	Νησιά (Αιγαίο, Ιόνιο), Ορεινή ενδοχώρα	Σικελία, Καμπανία, Καλαβρία	Alentejo, Απομακρυσμένη ενδοχώρα
Διοικητικό Μοντέλο	Ισχυρά Συγκεντρωτικό (Κεντρικός έλεγχος)	Ισχυρά Αποκεντρωμένο (Περιφερειακά Συστήματα)	Συγκεντρωτικό με ενίσχυση τοπικών δικτύων ΠΦΥ
Επίδραση στην Πρόσβαση	Υψηλά έξοδα μετακίνησης, ιατρική ερήμωση νησιών	"Ιατρική μετανάστευση" ασθενών από Νότο προς Βορρά	Ελλείψεις σε απομακρυσμένα χωριά, κυρίως λόγω γήρανσης

Πηγή: Σύνθεση των προφίλ υγείας χωρών και της βιβλιογραφίας για την περιφερειακή οργάνωση.

Οι τρεις χώρες αντιμετωπίζουν χωρικές ανισότητες διαφορετικής μορφής. Στην Ελλάδα κυριαρχεί η συγκέντρωση στα μητροπολιτικά κέντρα και η νησιωτικότητα, στην Ιταλία ο ιστορικός δυϊσμός Βορρά–Νότου και στην Πορτογαλία η απόσταση μεταξύ παράκτιων αστικών περιοχών και ενδοχώρας. Η σύγκριση επιβεβαιώνει ότι οι πολιτικές πρέπει να προσαρμόζονται στη συγκεκριμένη γεωγραφία της μειονεξίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν ότι η κοινωνική επιδημιολογία προσφέρει ένα ιδιαίτερα χρήσιμο αναλυτικό πλαίσιο για την κατανόηση των διαφοροποιήσεων στην υγεία, όχι ως απομονωμένων στατιστικών αποκλίσεων, αλλά ως ενδείξεων άνισης κατανομής κοινωνικών, οικονομικών και υγειονομικών πόρων. Η σύγκριση Ελλάδας και Ευρωπαϊκής Ένωσης ανέδειξε ότι η χώρα εμφανίζει δυσμενέστερη εικόνα σε κρίσιμους κοινωνικοοικονομικούς δείκτες, όπως το κατά κεφαλήν ΑΕΠ, η σχετική φτώχεια και η ανεργία, ενώ παράλληλα παρουσιάζει υψηλότερο ποσοστό πληθυσμού άνω των 65 ετών. Τα ευρήματα αυτά συνδέονται με τη βασική παραδοχή της κοινωνικής επιδημιολογίας ότι οι υγειονομικές εκβάσεις διαμορφώνονται μέσα σε κοινωνικές ιεραρχίες και θεσμικές συνθήκες που επηρεάζουν τη δυνατότητα πρόληψης, πρόσβασης και θεραπευτικής συνέχειας (Marmot, 2015). Η έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την ισότητα στην υγεία στην Ευρώπη υπογραμμίζει ότι η εισοδηματική ασφάλεια, η εργασία, οι συνθήκες διαβίωσης, οι υπηρεσίες υγείας και το κοινωνικό κεφάλαιο αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για τη μείωση των ανισοτήτων (World Health Organization Regional Office for Europe,

2019). Τα αποτελέσματα της εργασίας επιβεβαιώνουν την αναγκαιότητα να εξετάζεται η ελληνική υγειονομική πραγματικότητα μέσα από αυτή τη σύνθετη οπτική.

Η κοινωνική διαβάθμιση της πρόσβασης αποτυπώνεται με σαφήνεια στα δεδομένα για τις μη ικανοποιούμενες ανάγκες ιατρικής εξέτασης. Το υψηλότερο ποσοστό ανικανοποίητων αναγκών στο χαμηλότερο εισοδηματικό τεταρτημόριο, σε σύγκριση με το υψηλότερο, δείχνει ότι η πρόσβαση στη φροντίδα εξακολουθεί να επηρεάζεται από οικονομικούς περιορισμούς. Το κόστος αναδείχθηκε ως ο συχνότερος ειδικός λόγος μη πρόσβασης, γεγονός που συνδέεται με τη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία για την επίδραση των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών και της συμμετοχής στο κόστος στην ισότητα των συστημάτων υγείας. Οι Gouvalas et al. (2016) κατέγραψαν αύξηση της συμμετοχής στο κόστος στην Ελλάδα κατά την περίοδο βαθιάς ύφεσης, ενώ οι Palladino et al. (2016) έδειξαν ότι η αυξημένη οικονομική επιβάρυνση στα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας κατά τη Μεγάλη Ύφεση είχε δυσμενείς επιπτώσεις στην πρόσβαση. Η εικόνα αυτή ενισχύεται από το προφίλ υγείας της Ελλάδας, όπου οι μη ικανοποιούμενες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης εμφανίζονται σημαντικά υψηλότερες από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με εντονότερη επιβάρυνση στα χαμηλά εισοδήματα (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023). Επομένως, η πρόσβαση στην υγεία δεν μπορεί να αξιολογείται αποκλειστικά με βάση τη θεσμική κάλυψη, καθώς η πραγματική δυνατότητα χρήσης υπηρεσιών εξαρτάται από την οικονομική αντοχή των νοικοκυριών.

Η αυτοαντιλαμβανόμενη υγεία ανά εισοδηματική ομάδα προσφέρει επιπλέον τεκμήριο κοινωνικής διαφοροποίησης. Παρότι το συνολικό ποσοστό καλής ή πολύ καλής υγείας εμφανίζεται υψηλό, οι χαμηλότερες εισοδηματικές ομάδες αναφέρουν δυσμενέστερη κατάσταση υγείας σε σχέση με τις υψηλότερες. Το εύρημα αυτό είναι συνεπές με την κοινωνικοεπιδημιολογική βιβλιογραφία, σύμφωνα με την οποία η υγεία παρουσιάζει κοινωνική κλίση, δηλαδή βαθμιαία διαφοροποίηση κατά μήκος της κοινωνικοοικονομικής ιεραρχίας (Marmot, 2015). Η σχέση αυτή δεν περιορίζεται στο εισόδημα. Η εκπαίδευση, η υγειονομική παιδεία και η δυνατότητα αποτελεσματικής πλοήγησης στο σύστημα υγείας συνδέονται επίσης με τη διαχείριση κινδύνων και τη χρήση υπηρεσιών. Η συστηματική ανασκόπηση των Balaj et al. (2024) τεκμηριώνει τη σύνδεση του εκπαιδευτικού επιπέδου με τη θνησιμότητα ενηλίκων, ενώ η μελέτη των de Wit et al. (2020) ανέδειξε τη σημασία της υγειονομικής παιδείας στην καθημερινή ζωή ηλικιωμένων στην Ελλάδα, την Ουγγαρία και την Ολλανδία. Τα αποτελέσματα της

παρούσας εργασίας δεν αποδεικνύουν αιτιώδεις σχέσεις, ωστόσο εντάσσονται σε ένα ευρύτερο σώμα τεκμηρίωσης που συνδέει τους κοινωνικούς πόρους με την κατάσταση υγείας.

Η ανάλυση της θνησιμότητας ανέδειξε διαφοροποιήσεις μεταξύ ελληνικών περιφερειών, οι οποίες διαφοροποιούνται ανάλογα με το αν χρησιμοποιείται αδρός ή τυποποιημένος δείκτης. Η σύγκριση αυτή είναι κρίσιμη, διότι οι αδροί δείκτες επηρεάζονται σημαντικά από την ηλικιακή δομή κάθε περιφέρειας. Η μεταβολή της εικόνας μετά την τυποποίηση δείχνει ότι η περιφερειακή επιβάρυνση πρέπει να αξιολογείται με προσοχή, ιδίως σε χώρα με υψηλή γήρανση και έντονες δημογραφικές διαφοροποιήσεις. Το προφίλ υγείας της Ελλάδας αναφέρει ότι το προσδόκιμο ζωής επηρεάστηκε από την πανδημία COVID-19 και ότι οι παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος και οι καρκίνοι αποτελούν βασικές αιτίες θανάτου (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023). Παράλληλα, οι Laliotis et al. (2016) και Filippidis et al. (2017) έχουν δείξει ότι η περίοδος της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα συνδέθηκε με μεταβολές στη θνησιμότητα, στις συμπεριφορές υγείας και στην πρόσβαση. Η παρούσα περιφερειακή αποτύπωση δεν επιτρέπει να αποδοθούν οι διαφοροποιήσεις σε συγκεκριμένους μηχανισμούς, επιβεβαιώνει όμως ότι η θνησιμότητα δεν κατανέμεται ομοιόμορφα στον χώρο και ότι η περιφερειακή ανάλυση αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση για τεκμηριωμένο σχεδιασμό πολιτικών.

Η στελέχωση του συστήματος υγείας και η διαθεσιμότητα νοσοκομειακών κλινών παρουσιάζουν επίσης έντονη περιφερειακή διαφοροποίηση. Η υψηλή αναλογία ιατρών στην Αττική και στην Ήπειρο, σε συνδυασμό με χαμηλότερες τιμές σε περιφέρειες όπως η Στερεά Ελλάδα, η Δυτική Μακεδονία και το Βόρειο Αιγαίο, δείχνει ότι η κατανομή του ιατρικού δυναμικού δεν είναι ισομερής. Αντίστοιχα, οι διαθέσιμες κλίνες ανά πληθυσμό εμφανίζουν υψηλές τιμές στη Θεσσαλία, στην Ήπειρο και στην Αττική, ενώ χαμηλότερες τιμές καταγράφονται στη Στερεά Ελλάδα, στην Πελοπόννησο και στο Νότιο Αιγαίο. Η βιβλιογραφία για το υγειονομικό ανθρώπινο δυναμικό στην Ευρώπη έχει αναδείξει ότι οι περιφερειακές ανισορροπίες στην κατανομή ιατρών, νοσηλευτών και μαιών επηρεάζουν την πραγματική πρόσβαση, την ποιότητα και την ανθεκτικότητα των υπηρεσιών (Winkelmann et al., 2020). Η έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για το υγειονομικό και φροντιστικό εργατικό δυναμικό στην Ευρώπη επισημαίνει ότι η επάρκεια προσωπικού αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας, ιδιαίτερα υπό συνθήκες

γήρανσης και αυξημένων χρόνιων αναγκών (World Health Organization Regional Office for Europe, 2022).

Η άνιση κατανομή πόρων αποκτά μεγαλύτερη σημασία όταν συνδεθεί με τις γεωγραφικές ιδιαιτερότητες της Ελλάδας. Οι νησιωτικές, ορεινές και απομακρυσμένες περιοχές αντιμετωπίζουν συχνά δυσκολίες που δεν αποτυπώνονται πλήρως σε απλούς δείκτες ανά πληθυσμό. Η ύπαρξη ιατρών ή κλινών σε μια περιφέρεια δεν εγγυάται ισότιμη πρόσβαση για όλους τους κατοίκους της, καθώς η εσωτερική χωρική κατανομή, οι μετακινήσεις, η εποχικότητα και η λειτουργικότητα των μονάδων επηρεάζουν την πραγματική διαθεσιμότητα φροντίδας. Οι Kroezen et al. (2015) επισημαίνουν ότι η προσέλευση και διατήρηση επαγγελματιών υγείας εξαρτάται από σύνθετους παράγοντες, όπως οι συνθήκες εργασίας, τα επαγγελματικά κίνητρα και η οργανωτική υποστήριξη. Στην Ελλάδα, η μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας επιχείρησε να βελτιώσει την πρόσβαση και τον συντονισμό, όμως η εφαρμογή της επηρεάστηκε από οικονομικούς και επαγγελματικούς περιορισμούς (Emmanouilidou, 2021). Η ανασκόπηση των Myloneros και Sakellariou (2021) δείχνει ότι η πορεία προς την καθολική κάλυψη εξαρτάται από τη λειτουργική ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και όχι απλώς από θεσμικές μεταρρυθμίσεις.

Η σύγκριση Ελλάδας και Ευρωπαϊκής Ένωσης σε δείκτες χρηματοδότησης και πρόσβασης αναδεικνύει ένα ακόμη κρίσιμο πεδίο πολιτικής. Η χαμηλότερη δημόσια ή υποχρεωτική χρηματοδότηση και οι υψηλότερες άμεσες ιδιωτικές πληρωμές στην Ελλάδα, σε σχέση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, συνδέονται με την αυξημένη πιθανότητα οικονομικών εμποδίων στην πρόσβαση. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τις αναλύσεις για τις επιπτώσεις της λιτότητας και της οικονομικής κρίσης στην ελληνική υγεία, όπου αναδείχθηκαν πιέσεις στην πρόσβαση, στη χρηματοδότηση και στην προστασία ευάλωτων ομάδων (Karanikolos & Kentikelenis, 2016). Η υψηλότερη αναφερόμενη μη ικανοποιούμενη ανάγκη στην Ελλάδα συγκριτικά με την Ευρωπαϊκή Ένωση υποδηλώνει ότι η κοινωνική προστασία στην υγεία παραμένει πεδίο πολιτικής παρέμβασης. Η ενίσχυση της δημόσιας χρηματοδότησης, η μείωση της οικονομικής επιβάρυνσης των νοικοκυριών και η προτεραιοποίηση υπηρεσιών πρώτης γραμμής αποτελούν κατευθύνσεις που συνδέονται με τη διεθνή συζήτηση για την καθολική κάλυψη και την ισότητα στην πρόσβαση (Binagwaho & Ghebreyesus, 2019; Kluge et al., 2018).

Η πανδημία COVID-19 προσφέρει πρόσθετο ερμηνευτικό υπόβαθρο για τα αποτελέσματα, ιδίως ως προς τη θνησιμότητα, την πρόσβαση και την ανθεκτικότητα των υπηρεσιών. Η διεθνής βιβλιογραφία έχει δείξει ότι η πανδημία δεν έπληξε ομοιόμορφα τους πληθυσμούς, καθώς οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, η εργασία, η κατοικία, η συννοσηρότητα και η πρόσβαση στη φροντίδα διαφοροποίησαν την έκθεση και τις συνέπειες (Bambra et al., 2020; Burström & Tao, 2020; Wachtler et al., 2020). Οι ευρωπαϊκές αναλύσεις περιφερειακής υπερβάλλουσας θνησιμότητας έδειξαν επίσης χωρικές διαφοροποιήσεις στο φορτίο της πανδημίας (Bonnet et al., 2024; Konstantinoudis et al., 2022). Τα δεδομένα της παρούσας εργασίας, ιδίως η αύξηση της θνησιμότητας την περίοδο 2018–2021 και οι περιφερειακές αποκλίσεις, πρέπει να διαβαστούν με αναγνώριση της πανδημικής περιόδου και των διαταραχών που προκάλεσε στη χρήση υπηρεσιών, στην πρόληψη και στη συνέχεια της φροντίδας.

Τα ευρήματα έχουν άμεσες επιπτώσεις για τη διαμόρφωση πολιτικών Δημόσιας Υγείας. Πρώτον, η μείωση των ανικανοποίητων αναγκών απαιτεί πολιτικές οικονομικής προστασίας, ιδίως για τα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα. Δεύτερον, η περιφερειακή διαφοροποίηση της θνησιμότητας, των ιατρών και των κλινών τεκμηριώνει την ανάγκη χωρικά ευαίσθητου σχεδιασμού, ο οποίος να λαμβάνει υπόψη όχι μόνο τον πληθυσμό, αλλά και την ηλικιακή σύνθεση, τις ανάγκες φροντίδας και τη γεωγραφική προσβασιμότητα. Τρίτον, η στελέχωση πρέπει να αντιμετωπιστεί ως εργαλείο ισότητας και όχι μόνο ως διοικητικός δείκτης επάρκειας. Η ανακατανομή πόρων, η ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η ανάπτυξη κινήτρων για επαγγελματίες σε υποστελεχωμένες περιοχές και η στοχευμένη πρόληψη σε κοινωνικά ευάλωτους πληθυσμούς αποτελούν πολιτικές που απορρέουν από την κοινωνικοεπιδημιολογική ανάγνωση των αποτελεσμάτων. Η ερμηνεία των ευρημάτων παραμένει περιορισμένη από τη φύση των δευτερογενών και οικολογικών δεδομένων, ωστόσο η αξία τους έγκειται στην ανάδειξη προτεραιοτήτων για πιο δίκαιη, τεκμηριωμένη και περιφερειακά προσαρμοσμένη Δημόσια Υγεία.

Το πρώτο ερευνητικό ερώτημα αφορούσε την επίδραση του εισοδήματος, της εκπαίδευσης, της ανεργίας και της ηλικιακής σύνθεσης στη νοσηρότητα και στη θνησιμότητα. Το κατά κεφαλήν ΑΕΠ εμφανίζει σταθερή αρνητική οικολογική συσχέτιση με την τυποποιημένη θνησιμότητα στα δύο έτη πλήρους χρονικής αντιστοίχισης. Η ένταση της σχέσης μειώνεται από το 2001 στο 2014, παραμένει όμως στατιστικά σημαντική, γεγονός που υποδηλώνει ότι το περιφερειακό οικονομικό

περιβάλλον συνδέεται με τις δυνατότητες πρόληψης, τη διαθεσιμότητα κοινωνικών πόρων και την έγκαιρη χρήση υπηρεσιών.

Η ανεργία ενισχύει την οικονομική ανασφάλεια και την ψυχοκοινωνική πίεση. Οι έντονες περιφερειακές αποκλίσεις, ιδίως στη Βόρεια και Δυτική Ελλάδα, συνάδουν με τη βιβλιογραφία της ελληνικής κρίσης, η οποία κατέγραψε επιδείνωση της αυτοαναφερόμενης υγείας, της ψυχικής υγείας και της πρόσβασης κατά τις περιόδους αυξημένης ανεργίας. Η σχέση δεν είναι μονοσήμαντη, καθώς οι περιφέρειες διαφέρουν ως προς την παραγωγική δομή, την εποχικότητα, τη μετανάστευση και το δίκτυο υπηρεσιών.

Η εκπαίδευση αναδεικνύεται ως προστατευτικός προσδιοριστής. Το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο σχετίζεται με μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής, χαμηλότερη παχυσαρκία και συχνότερη συμμετοχή σε προληπτικούς ελέγχους. Η σχέση αυτή ενισχύει την έννοια του υγειονομικού εγγραμματισμού, χωρίς να περιορίζεται σε ατομική γνώση: η εκπαίδευση διαμορφώνει επαγγελματικές ευκαιρίες, εισόδημα, κοινωνικό έλεγχο και ικανότητα χρήσης σύνθετων υπηρεσιών.

Η δημογραφική γήρανση μεταβάλλει το φορτίο νοσηρότητας και αυξάνει τις ανάγκες συνεχούς φροντίδας. Η περιφερειακή της ασυμμετρία είναι καθοριστική. Οι γηρασμένες και απομακρυσμένες περιοχές αντιμετωπίζουν ταυτόχρονα μεγαλύτερη ζήτηση και δυσκολότερη προσέλκυση επαγγελματιών, με αποτέλεσμα η ηλικία να λειτουργεί όχι μόνο ως βιολογικός παράγοντας αλλά και ως χωρικός δείκτης ανάγκης.

Το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα απαντάται από τη σαφή εισοδηματική κλίση των μη ικανοποιούμενων αναγκών και της αυτοαντιλαμβανόμενης υγείας. Οι πολίτες του χαμηλότερου εισοδηματικού τεταρτημορίου δηλώνουν συχνότερα αδυναμία πραγματοποίησης αναγκαίας ιατρικής εξέτασης και λιγότερο συχνά καλή ή πολύ καλή υγεία. Το κόστος αναδεικνύεται ως βασικό εμπόδιο, γεγονός που συνδέεται με το υψηλό μερίδιο άμεσων ιδιωτικών πληρωμών στην Ελλάδα.

Η γεωγραφική διάσταση δεν αποτυπώνεται με την ίδια πληρότητα σε ατομικά δεδομένα, αλλά προκύπτει έμμεσα από τη χαμηλή διαθεσιμότητα ιατρών, κλινών και προσωπικού Πρωτοβάθμιας Φροντίδας σε νησιωτικές, ορεινές και απομακρυσμένες περιοχές. Η πραγματική πρόσβαση επομένως αποτελεί συνάρτηση οικονομικής δυνατότητας, χρόνου και κόστους μετακίνησης, διαθεσιμότητας ειδικοτήτων και λειτουργίας του δημόσιου δικτύου.

Το τρίτο ερευνητικό ερώτημα καλύπτεται πληρέστερα με την προσθήκη του νοσηλευτικού προσωπικού των Κέντρων Υγείας. Η Αττική και η Ήπειρος εμφανίζουν υψηλή συνολική αναλογία ιατρών, ενώ η Στερεά Ελλάδα, η Δυτική Μακεδονία και οι νησιωτικές περιφέρειες χαμηλότερες τιμές. Ταυτόχρονα, η μείωση προσωπικού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας μεταξύ 2023 και 2024 δείχνει ότι η συνολική πυκνότητα ιατρών μπορεί να συγκαλύπτει υποχώρηση του δημόσιου δικτύου πρώτης γραμμής.

Η σχέση στελέχωσης και εκβάσεων δεν είναι γραμμική. Η Ήπειρος, για παράδειγμα, διαθέτει υψηλή πυκνότητα ιατρών, αλλά και γηρασμένο πληθυσμό, ενώ η Αττική συγκεντρώνει μεγάλο μέρος του ιδιωτικού και εξειδικευμένου δυναμικού. Επομένως, απαιτούνται δείκτες ειδικότητας, τομέα απασχόλησης, πραγματικών κενών, χρόνων αναμονής και ενδοπεριφερειακής προσβασιμότητας. Παρά τους περιορισμούς, η σύμπτωση χαμηλής στελέχωσης, νησιωτικότητας και μειωμένης διαθεσιμότητας κλινών υποστηρίζει την ύπαρξη υγειονομικών ερήμων.

Το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα απαντάται μέσω στοχευμένης σύγκρισης με δύο μεσογειακές χώρες που αντιμετωπίζουν παρόμοια γήρανση και γεωγραφικές ανισότητες. Κοινό χαρακτηριστικό αποτελεί η υψηλότερη από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο ιδιωτική επιβάρυνση. Η Ελλάδα όμως εμφανίζει μεγαλύτερη ένταση μη ικανοποιούμενων αναγκών και πιο αδύναμη οικονομική προστασία.

Στη στελέχωση, η Ελλάδα αποτελεί παράδοξο υψηλής πυκνότητας ιατρών και πολύ χαμηλής πυκνότητας νοσηλευτών, με περιορισμένο ρόλο της γενικής ιατρικής και ανεπαρκή gatekeeping. Η Ιταλία εμφανίζει χαμηλότερη αποτρεπτή και θεραπεύσιμη θνησιμότητα, ενώ η Πορτογαλία προσφέρει παράδειγμα ισχυρότερης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας. Οι περιφερειακές ανισότητες είναι κοινές, αλλά στην Ελλάδα συνδέονται ιδιαίτερα με τη συγκέντρωση υπηρεσιών στην Αττική και στη Θεσσαλονίκη, τη νησιωτικότητα και το ορεινό ανάγλυφο.

Πίνακας 18. Στρατηγικές πρόληψης και μηχανισμοί ανακατανομής πόρων

Πυλώνας Παρέμβασης	Στοχευμένη Πολιτική / Μηχανισμός	Αναμενόμενη Επίδραση στις Ανισότητες
Πρόληψη & Δημόσια Υγεία	Καθολικά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου με μόνιμη χρηματοδότηση (π.χ. πρόγραμμα «Σπύρος Δοξιάδης»)	Άρση οικονομικών εμποδίων στη δευτερογενή πρόληψη (έγκαιρη διάγνωση καρκίνου/καρδιαγγειακών) για χαμηλά εισοδήματα.
Κοινωνική Φροντίδα	Κινητές μονάδες και Κοινοτικοί Υγειονομικοί Εργαζόμενοι (Community Health Workers)	Υπέρβαση γεωγραφικών και πολιτισμικών εμποδίων σε αγροτικές περιοχές και ευάλωτες ομάδες (π.χ. Ρομά, μετανάστες).

Πυλώνας Παρέμβασης	Στοχευμένη Πολιτική / Μηχανισμός	Αναμενόμενη Επίδραση στις Ανισότητες
Ανακατανομή Χρηματοδότησης	Φόρμουλες κατανομής βάσει δεικτών στέρησης και γεωγραφικής απομόνωσης	Τερματισμός της ιστορικής/«ad-hoc» κατανομής πόρων που ευνοεί τα αστικά κέντρα (π.χ. μοντέλο Σκωτίας).
Ανθρώπινο Δυναμικό	Στρατηγικά πολυεπίπεδα κίνητρα (οικονομικά, στεγαστικά, φορολογικά, εξέλιξης) για άγονες περιοχές	Στελέχωση των «υγειονομικών ερήμων» (νησιά, ορεινές περιοχές) και ενίσχυση της τοπικής ΠΦΥ.
Οικονομική Προστασία	Εισοδηματικό πλαφόν στις συμμετοχές (cost-sharing) και πλήρης απαλλαγή ευάλωτων νοικοκυριών	Μείωση των καταστροφικών ιδιωτικών δαπανών (Out-of-Pocket) και της εγκατάλειψης αναγκών λόγω κόστους.
Ψηφιακός Μετασχηματισμός	Επέκταση Τηλεϊατρικής σε συνδυασμό με προγράμματα ψηφιακού εγγραμματισμού	Γεφύρωση γεωγραφικών αποστάσεων χωρίς τον αποκλεισμό όσων στερούνται ψηφιακών δεξιοτήτων (ψηφιακή ισότητα).

Πηγή: Σύνθεση των ευρημάτων της μελέτης και διεθνών κατευθύνσεων πολιτικής.

Το πέμπτο ερευνητικό ερώτημα οδηγεί σε ένα συνεκτικό πλαίσιο πολιτικής. Κεντρική αρχή είναι ο αναλογικός καθολικισμός: καθολική παροχή υπηρεσιών, με μεγαλύτερη ένταση πόρων στις ομάδες και στις περιοχές με υψηλότερη στέρηση. Η κατανομή χρηματοδότησης προς τις Υγειονομικές Περιφέρειες χρειάζεται να λαμβάνει υπόψη πληθυσμό, ηλικιακή σύνθεση, δείκτες φτώχειας και ανεργίας, επιδημιολογικό φορτίο, νησιωτικότητα και χρόνο πρόσβασης.

Η στελέχωση των άγονων περιοχών απαιτεί συνδυασμό οικονομικών, στεγαστικών, φορολογικών, εκπαιδευτικών και επαγγελματικών κινήτρων και όχι αποσπασματικά επιδόματα. Η ενίσχυση των Κέντρων Υγείας, των κινητών μονάδων και της τηλεϊατρικής πρέπει να συνοδεύεται από μηχανισμούς παραπομπής, ψηφιακή υποστήριξη ηλικιωμένων και δωρεάν συνέχεια μετά τον προσυμπτωματικό έλεγχο. Παράλληλα, η μείωση συμμετοχών για τα χαμηλά εισοδήματα αποτελεί άμεσο μέτρο περιορισμού των μη ικανοποιούμενων αναγκών.

Η ερμηνεία πρέπει να παραμείνει συμβατή με τη φύση των δεδομένων. Οι συσχετίσεις σε επίπεδο περιφέρειας δεν μεταφέρονται αυτομάτως στα άτομα, τα συγκρινόμενα έτη δεν είναι πάντοτε κοινά και οι δείκτες προσωπικού δεν αποτυπώνουν λειτουργικά κενά. Η στατιστική σημαντικότητα της σχέσης ΑΕΠ–θνησιμότητας βασίζεται σε μικρό αριθμό παρατηρήσεων και δεν ελέγχει συγχυτικούς παράγοντες. Παρά ταύτα, η συνέπεια των ευρημάτων μεταξύ διαφορετικών πηγών και δεικτών προσφέρει επαρκή βάση για την ανάδειξη προτεραιοτήτων πολιτικής και για τον σχεδιασμό μελλοντικής πολυεπίπεδης έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το εισόδημα, η ανεργία, η εκπαίδευση και η ηλικιακή σύνθεση συνδέονται ουσιαστικά με τις περιφερειακές διαφορές υγείας. Η αρνητική συσχέτιση κατά κεφαλήν ΑΕΠ και τυποποιημένης θνησιμότητας το 2001 και το 2014 παρέχει εμπειρική ένδειξη κοινωνικής διαβάθμισης της επιβίωσης. Η υψηλή ανεργία επιβαρύνει την οικονομική και ψυχική ασφάλεια, η χαμηλότερη εκπαίδευση περιορίζει την πρόληψη και τον υγειονομικό εγγραμματισμό, ενώ η γήρανση αυξάνει τις ανάγκες χρόνιων υπηρεσιών. Οι παράγοντες αυτοί αλληλεπιδρούν και δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ανεξάρτητες ή μονοσήμαντες αιτίες.

Οι μη ικανοποιούμενες ανάγκες και η αυτοαντιλαμβανόμενη υγεία παρουσιάζουν σαφή εισοδηματική κλίση. Το κόστος αποτελεί κεντρικό εμπόδιο, ενώ η γεωγραφική απομόνωση και η υποστελέχωση ενισχύουν το πρόβλημα στις απομακρυσμένες περιοχές. Η ισότιμη θεσμική κάλυψη δεν εξασφαλίζει από μόνη της πραγματική πρόσβαση, όταν το νοικοκυριό επιβαρύνεται με υψηλές ιδιωτικές πληρωμές ή χρειάζεται να μετακινηθεί για βασικές υπηρεσίες.

Η κατανομή ιατρών, νοσηλευτών και κλινών είναι έντονα άνιση. Οι χαμηλότερες αναλογίες σε νησιωτικές, ορεινές και ορισμένες ηπειρωτικές περιφέρειες συνδυάζονται με μείωση του προσωπικού των Κέντρων Υγείας. Η σχέση με τις εκβάσεις είναι σύνθετη και επηρεάζεται από ηλικία, ειδικότητες και τομέα απασχόλησης, όμως τα ευρήματα τεκμηριώνουν ότι η στελέχωση πρέπει να αξιολογείται ως παράγοντας ισότητας και όχι ως απλός διοικητικός αριθμός.

Σε σύγκριση με την Ιταλία, την Πορτογαλία και τον μέσο όρο της ΕΕ, η Ελλάδα εμφανίζει υψηλότερη οικονομική επιβάρυνση, περισσότερες μη ικανοποιούμενες ανάγκες, πολύ χαμηλή αναλογία νοσηλευτών προς ιατρούς και ασθενέστερη Πρωτοβάθμια Φροντίδα. Η θεραπεύσιμη θνησιμότητα είναι σχετικά ευνοϊκή, αλλά η αποτρεπτή θνησιμότητα και οι παράγοντες κινδύνου υποδεικνύουν υστέρηση στην πρόληψη. Η περιφερειακή ανισότητα είναι κοινή και στις τρεις χώρες, όμως στην Ελλάδα επιβαρύνεται από τη νησιωτικότητα και την ισχυρή συγκέντρωση του ανθρώπινου δυναμικού.

Οι αποτελεσματικότερες κατευθύνσεις είναι η κατανομή πόρων βάσει αναγκών, η ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, η οικονομική προστασία των χαμηλών εισοδημάτων, η οργανωμένη πρόληψη, οι κινητές και κοινοτικές υπηρεσίες, η τηλεϊατρική με ψηφιακή ισότητα και ένα ολοκληρωμένο σύστημα κινήτρων για τις άγονες περιοχές. Η αρχή του αναλογικού καθολικισμού προσφέρει το καταλληλότερο πλαίσιο: καθολικές υπηρεσίες, αλλά με μεγαλύτερη επένδυση εκεί όπου η κοινωνική και χωρική ανάγκη είναι υψηλότερη.

Η κοινωνική επιδημιολογία μετατρέπει τις υγειονομικές ανισότητες από γενική κοινωνική διαπίστωση σε μετρήσιμο αντικείμενο δημόσιας πολιτικής. Η παρούσα εργασία καταδεικνύει ότι η ελληνική υγειονομική γεωγραφία διαμορφώνεται από τη σύμπτωση οικονομικής υστέρησης, ανεργίας, εκπαιδευτικών διαφορών, δημογραφικής γήρανσης και άνιση κατανομής υπηρεσιών. Η ολοκλήρωση της μελέτης με περιφερειακά κοινωνικοοικονομικά δεδομένα, διερευνητική συσχέτιση και συγκριτική ανάλυση με άλλες μεσογειακές χώρες επιτρέπει πλέον σαφή απάντηση στα ερευνητικά ερωτήματα. Μελλοντικές μελέτες χρειάζεται να χρησιμοποιήσουν μικρότερες γεωγραφικές μονάδες, ατομικά δεδομένα, πολυμεταβλητές τεχνικές και δείκτες πραγματικού χρόνου πρόσβασης, ώστε να εκτιμηθούν με μεγαλύτερη ακρίβεια οι μηχανισμοί και η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

Ali, S., Asaria, M., & Stranges, S. (2020). COVID-19 and inequality: Are we all in this together? *Canadian Journal of Public Health*, 111(3), 415–416. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00351-0>

Bacigalupe, A., Shahidi, F. V., Muntaner, C., Martin, U., & Borrell, C. (2016). Why is there so much controversy regarding the population health impact of the Great Recession? Reflections on three case studies. *International Journal of Health Services*, 46(1), 5–35. <https://doi.org/10.1177/0020731415611634>

Balaj, M., et al. (2024). Effects of education on adult mortality: A global systematic review and meta-analysis (unspecified detail). *The Lancet Public Health* (unspecified detail). [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(23\)00306-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(23)00306-7/fulltext)

Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 74(11), 964–968. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401>

Bambra, C., Lynch, J., & Smith, K. E. (2021). *The unequal pandemic: COVID-19 and health inequalities*. Policy Press. <https://library.oapen.org/bitstream/id/f5303767-f8ca-4e22-a5c3-a60094a0e27f/9781447361251.pdf>

Binagwaho, A., & Ghebreyesus, T. A. (2019). Primary healthcare is cornerstone of universal health coverage. *BMJ*, 365, 12391. <https://doi.org/10.1136/bmj.12391>

Blundell, R., Costa Dias, M., Joyce, R., & Xu, X. (2020). COVID-19 and inequalities. *Fiscal Studies*, 41(2), 291–319. <https://doi.org/10.1111/1475-5890.12232>

Bonnet, F., et al. (2024). Spatial disparities in the mortality burden of the COVID-19 pandemic in Europe (unspecified detail). *Nature Communications* (unspecified detail). <https://doi.org/10.1038/s41467-024-48689-0>

Burström, B., & Tao, W. (2020). Social determinants of health and inequalities in COVID-19. *European Journal of Public Health*, 30(4), 617–618. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa095>

Cash-Gibson, L., Pericàs, J. M., Martinez-Herrera, E., & Benach, J. (2021). Health inequalities in the time of COVID-19. *International Journal of Health Services*, 51(3), 262–265. <https://doi.org/10.1177/0020731421993939>

Connolly, S., & Wren, M.-A. (2017). Unmet healthcare needs in Ireland: Analysis using the EU Statistics on Income and Living Conditions. *Health Policy* (unspecified detail). <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851017300374>

de Oliveira, A. P. C., Dussault, G., & Craveiro, I. (2017). Challenges and strategies to improve the availability and geographic accessibility of physicians in Portugal. *Human Resources for Health*, 15, 24. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0204-8>

de Wit, L., Karnaki, P., Dalma, A., Csizmadia, P., Salter, C., de Winter, A., et al. (2020). Health literacy in the everyday lives of older adults in Greece, Hungary, and the Netherlands. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2411. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072411>

Douglas, M., Katikireddi, S. V., Taulbut, M., McKee, M., & McCartney, G. (2020). Mitigating the wider health effects of COVID-19 pandemic response. *BMJ*, 369, m1557. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1557>

Emmanouilidou, M. (2021). The 2017 Primary Health Care (PHC) reform in Greece: Improving access despite economic and professional constraints? *Health Policy*, 125(3), 290–295. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.12.017>

European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety. (2017). *State of Health in the EU: Companion report 2017* (SWD(2017) 400). https://health.ec.europa.eu/system/files/2017-11/2017_companion_en_0.pdf

European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety. (2019). *State of Health in the EU: Companion report 2019* (SWD(2019) 377). https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-11/2019_companion_en_0.pdf

European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety. (2023). *State of Health in the EU: Synthesis report 2023*. https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-12/state_2023_synthesis-report_en.pdf

- Filippidis, F. T. (2015). Emigrating young physicians leave Greece with an aging health workforce (unspecified detail). *Journal of Public Health* (unspecified detail). <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv193>
- Filippidis, F. T., Gerovasili, V., Millett, C., & Tountas, Y. (2017). Medium-term impact of the economic crisis on mortality, health-related behaviours and access to healthcare in Greece. *Scientific Reports*, 7, 46423. <https://doi.org/10.1038/srep46423>
- Fjaer, E. L., Stornes, P., Borisova, L. V., McNamara, C. L., & Eikemo, T. A. (2017). Subjective perceptions of unmet need for health care in Europe among social groups: Findings from the European Social Survey (2014) special module. *European Journal of Public Health*, 27(Suppl. 1), 82–89. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw219>
- Glover, R. E., van Schalkwyk, M. C. I., Akl, E. A., Kristjansson, E., Lotfi, T., Petkovic, J., Petticrew, M. P., Pottie, K., Tugwell, P., & Welch, V. (2020). A framework for identifying and mitigating the equity harms of COVID-19 policy interventions. *Journal of Clinical Epidemiology*, 128, 35–48. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.06.004>
- Gouvalas, A., Igoumenidis, M., Theodorou, M., & Athanasakis, K. (2016). Cost-sharing rates increase during deep recession: Preliminary data from Greece. *International Journal of Health Policy and Management*, 5(12), 687–692. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.62>
- Hübelová, D., & (unspecified detail). (2021). Inequalities in health: Methodological approaches to studying spatial disparities (unspecified detail). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 12275. <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/23/12275>
- Karanikolos, M., & Kentikelenis, A. (2016). Health inequalities after austerity in Greece. *International Journal for Equity in Health*, 15, 83. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0374-0>
- Kluge, H., Kelley, E., Barkley, S., Theodorakis, P. N., Yamamoto, N., Tsoy, A., et al. (2018). How primary health care can make universal health coverage a reality, ensure healthy lives, and promote wellbeing for all. *The Lancet*, 392(10156), 1372–1374. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32482-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32482-6)

- Konstantinoudis, G., Cameletti, M., Gómez-Rubio, V., Gómez, I. L., Pirani, M., Baio, G., Larrauri, A., Riou, J., & Egger, M. (2022). Regional excess mortality during the 2020 COVID-19 pandemic in five European countries. *Nature Communications*, 13, 482. <https://doi.org/10.1038/s41467-022-28157-3>
- Kroezen, M., Dussault, G., Craveiro, I., Dieleman, M., Jansen, C., Buchan, J., et al. (2015). Recruitment and retention of health professionals across Europe: A literature review and multiple case study research. *Health Policy*, 119(12), 1517–1528. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.08.003>
- Kuhlmann, E., Batenburg, R., Wismar, M., Dussault, G., Maier, C. B., Glinos, I. A., et al. (2018). A call for action to establish a research agenda for building a future health workforce in Europe. *Health Research Policy and Systems*, 16, 52. <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0333-x>
- Kyriopoulos, I., et al. (2025). Addressing public health and health system challenges in Greece (unspecified detail). *The Lancet Regional Health – Europe* (unspecified detail). <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468266725001884>
- Laliotis, I., Ioannidis, J. P. A., & Stavropoulou, C. (2016). Total and cause-specific mortality before and after the onset of the Greek economic crisis: An interrupted time-series analysis. *The Lancet Public Health*, 1(2), e56–e65. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(16\)30018-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(16)30018-4)
- Lionis, C., Symvoulakis, E. K., Markaki, A., Petelos, E., Papadakis, S., Sifaki-Pistolla, D., et al. (2019). Integrated people-centred primary health care in Greece: Unravelling Ariadne’s thread. *Primary Health Care Research & Development*, 20, e113. <https://doi.org/10.1017/S1463423619000446>
- Long, D., & (unspecified detail). (2023). Widening educational inequalities in mortality in more recent birth cohorts: A study of 14 European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 77(6), 400–406. <https://jech.bmj.com/content/77/6/400>
- Lopez Bernal, J., Cummins, S., & Gasparrini, A. (2017). Interrupted time series regression for the evaluation of public health interventions: A tutorial. *International Journal of Epidemiology* (unspecified detail). <https://doi.org/10.1093/ije/dyw098>

Louizou, E., et al. (2023). Greek medical professionals' approaches and understanding of health literacy and its significance. *BMC Health Services Research* (unspecified detail). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10226-y>

Maier, C. B., & Aiken, L. H. (2016). Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: A cross-country comparative study. *European Journal of Public Health*, 26(6), 927–934. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw098>

Marć, M., Bartosiewicz, A., Burzyńska, J., Chmiel, Z., & Januszewicz, P. (2019). A nursing shortage – a prospect of global and local policies. *International Nursing Review*, 66(1), 9–16. <https://doi.org/10.1111/inr.12473>

Marmot, M. G. (2015). *The health gap: The challenge of an unequal world*. Bloomsbury Publishing.

McCann, P., & Ortega-Argilés, R. (2022). The COVID-19 shock in European regions. *Regional Studies*, 56(7), 1142–1160. <https://doi.org/10.1080/00343404.2021.1983164>

Myloneros, T., & Sakellariou, D. (2021). The effectiveness of primary health care reforms in Greece towards achieving universal health coverage: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 21, 628. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06678-9>

OECD. (2015). *Health at a Glance 2015: OECD indicators*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance-2015-en

OECD. (2016). *Health workforce policies in OECD countries: Right jobs, right skills, right places*. OECD Publishing. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2016/03/health-workforce-policies-in-oecd-countries_g1g57f0f/9789264239517-en.pdf

OECD. (2022). *Equipping health workers with the right skills*. OECD Publishing. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2022/12/equipping-health-workers-with-the-right-skills_cb2ff13c/9b83282e-en.pdf

OECD. (2023). *Health at a Glance 2023: OECD indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>

OECD. (2023). *Socio-economic and ethnic health inequalities in COVID-19 outcomes across OECD countries* (Working paper). <https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/03/socio->

[economic-and-ethnic-health-inequalities-in-covid-19-outcomes-across-oecd-countries_6539d879/6c2a96c9-en.pdf](https://doi.org/10.1787/9789264265592-en)

OECD/European Union. (2016). *Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU cycle*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264265592-en>

OECD/European Union. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU cycle*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

OECD/European Union. (2020). *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU cycle*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>

OECD/European Union. (2022). *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU cycle*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>

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

Palladino, R., Lee, J. T., Hone, T., Filippidis, F. T., & Millett, C. (2016). The Great Recession and increased cost sharing in European health systems. *Health Affairs*, 35(7), 1204–1213. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.1170>

Pecoraro, F., Luzi, D., Clemente, F., & Ricciardi, W. (2021). The efficiency in the ordinary hospital bed management: A comparative analysis in four European countries before the COVID-19 outbreak. *PLOS ONE*, 16(3), e0248867. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248867>

Quantin, C., Tubert-Bitter, P., & (unspecified detail). (2022). COVID-19 and social inequalities: A complex and dynamic interplay. *The Lancet Public Health* (unspecified detail). [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(22\)00033-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(22)00033-0/fulltext)

Rotarou, E. S., & Sakellariou, D. (2019). Access to health care in an age of austerity: Disabled people's unmet needs in Greece. *Critical Public Health*, 29(1), 48–60. <https://doi.org/10.1080/09581596.2017.1394575>

Simou, E., Karamagioli, E., & Roumeliotou, A. (2015). Reinventing primary health care in the Greece of austerity: The role of health-care workers. *Primary Health Care Research & Development*, 16(1), 5–13. <https://doi.org/10.1017/S1463423613000431>

- Souliotis, K., Agapidaki, E., Tzavara, C., & Economou, M. (2017). Psychiatrists' role in primary health care in Greece: Findings from a quantitative study. *International Journal of Mental Health Systems*, 11, 68. <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0172-0>
- Tarantilis, F., Athanasakis, K., Zavras, D., Vozikis, A., & Kyriopoulos, I. (2015). Estimates of price and income elasticity in Greece: Greek debt crisis transforming cigarettes into a luxury good: An econometric approach. *BMJ Open*, 5, e004748. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004748>
- Triantafyllou, C., Latsou, D., Psiakis, V., Pierrakos, G., & Breda, J. (2025). Addressing health inequalities in Greece: A comprehensive framework for socioeconomic determinants of health. *Healthcare* (unspecified detail). <https://www.mdpi.com/2227-9032/13/19/2394>
- Trias-Llimós, S., et al. (2025). All-cause and cause-specific mortality attributable to educational inequalities (unspecified detail). *BMC Public Health* (unspecified detail). <https://doi.org/10.1186/s12889-025-23661-9>
- Wachtler, B., Michalski, N., Nowossadeck, E., Diercke, M., Wahrendorf, M., Santos-Hövenner, C., Lampert, T., & Hoebel, J. (2020). Socioeconomic inequalities and COVID-19 – A review of the current international literature. *Journal of Health Monitoring*, 5(Suppl. 7), 3–17. <https://doi.org/10.25646/7059>
- Wachtler, B., et al. (2021). Socioeconomic inequalities in the prevalence and perceived dangerousness of SARS-CoV-2 infections in local populations (unspecified detail). *BMC Research Notes* (unspecified detail). <https://doi.org/10.1186/s13104-021-05784-5>
- Winkelmann, J., Muench, U., & Maier, C. B. (2020). Time trends in the regional distribution of physicians, nurses and midwives in Europe. *BMC Health Services Research*, 20, 937. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05760-y>
- Witteveen, D. (2020). Sociodemographic inequality in exposure to COVID-19-induced economic hardship in the United Kingdom. *Research in Social Stratification and Mobility*, 69, 100551. <https://doi.org/10.1016/j.rssm.2020.100551>
- World Health Organization. (2016). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131>

World Health Organization. (2019). *Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report* (Executive summary). <https://www.who.int/publications/i/item/primary-health-care-on-the-road-to-universal-health-coverage-2019>

World Health Organization. (2025). *World report on social determinants of health equity* (unspecified detail). <https://iris.who.int/>

World Health Organization Regional Office for Europe. (2019). *Healthy, prosperous lives for all: The European Health Equity Status Report*. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289054256>

World Health Organization Regional Office for Europe. (2022). *Health and care workforce in Europe: Time to act*. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058339>

Zavras, D. (2021). A cross-sectional population-based study on the influence of the COVID-19 pandemic on incomes in Greece. *AIMS Public Health*, 8(3), 376–387. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2021029>

Gavalas, V. S. (2018). Long-term trends and recent upturns in regional mortality variations in Greece. *European Journal of Geography*, 9(1), 6–22.

Hellenic Statistical Authority. (2023). Απογραφή Πληθυσμού–Κατοικιών 2021: Μόνιμος πληθυσμός κατά φύλο και ομάδες ηλικιών. <https://www.statistics.gr/2021-census-res-pop-results>

Hellenic Statistical Authority. (2025a). Έρευνα Εργατικού Δυναμικού: Δ' τρίμηνο 2024. <https://www.statistics.gr/>

Hellenic Statistical Authority. (2025b). Απογραφή Κέντρων Υγείας και λοιπών μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, 2024. <https://www.statistics.gr/>

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). Italy: Country Health Profile 2023. OECD Publishing.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). Portugal: Country Health Profile 2023. OECD Publishing.

Eurostat. (2025). Gross domestic product at current market prices by NUTS 2 region (nama_10r_2gdp) [Dataset]. https://doi.org/10.2908/nama_10r_2gdp

Ελληνική

Hellenic Republic. (2017). *Law 4486/2017: Primary health care reform and other provisions* (Official Government Gazette, A' 115/07-08-2017). https://www.et.gr/api/DownloadFekPdf?fek_pdf=2017%2FA%2F115

Ministry of Health (Greece). (2021). *National action plan for public health 2021–2025* [Εθνικό σχέδιο δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2021–2025]. <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/generalsecretaryofpublichealth/ethniko-sxedio-drashs-dhmosias-ygeias>

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

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2019). *Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019* (State of Health in the EU). OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9552c910-el>

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). *Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2021* (State of Health in the EU). OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/f154e482-el>

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). *Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2023* (State of Health in the EU). OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/5753e659-el>

Διαδικτυακές Πηγές

European Centre for Disease Prevention and Control. (2020). *COVID-19 situation updates and technical reports*. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19> (Accessed: 26/05/2026).

European Centre for Disease Prevention and Control. (2024). *Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals, 2022–2023*. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data> (Accessed: 26/05/2026).

Eurostat. (2016). *Healthcare resource statistics – beds*. Statistics Explained. Available at: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_resource_statistics_-_beds (Accessed: 26/05/2026).

Eurostat. (2021). *Health personnel by NUTS 2 region – historical data (1993–2021)* [Dataset]. Available at: https://doi.org/10.2908/hlth_rs_prsrg (Accessed: 26/05/2026).

Eurostat. (2021). *Health workforce migration – historical data (2000–2021)* [Dataset]. Available at: https://doi.org/10.2908/hlth_rs_wkmg (Accessed: 26/05/2026).

Eurostat. (2022). *Healthcare personnel statistics – nursing and caring professionals*. Statistics Explained. Available at: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_nursing_and_caring_professionals (Accessed: 26/05/2026).

Eurostat. (2024). *Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and income quintile (hlth_silc_08)* [Dataset]. Available at: https://doi.org/10.2908/hlth_silc_08 (Accessed: 26/05/2026).

Eurostat. (2024). *Unmet health care needs statistics*. Statistics Explained. Available at: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics (Accessed: 26/05/2026).

Eurostat. (2024). *Weekly death statistics*. Statistics Explained. Available at: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Weekly_death_statistics (Accessed: 26/05/2026).

Eurostat. (2025). *Available beds in hospitals by NUTS 2 region (hlth_rs_bdsrg2)* [Dataset]. Available at: https://doi.org/10.2908/hlth_rs_bdsrg2 (Accessed: 26/05/2026).

Eurostat. (2025). *Causes of death – crude death rate by NUTS 2 region of residence (hlth_cd_acdr2)* [Dataset]. Available at:

https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_acdr2/default/table (Accessed: 26/05/2026).

Eurostat. (2025). *Causes of death – standardised death rate by NUTS 2 region of residence (hlth_cd_asdr2)* [Dataset]. Available at: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_asdr2/default/table (Accessed: 26/05/2026).

Eurostat. (2025). *Deaths by week, sex, five-year age group and NUTS 3 region (demo_r_mweek3)* [Dataset]. Available at: https://doi.org/10.2908/demo_r_mweek3 (Accessed: 26/05/2026).

Eurostat. (2025). *Gross domestic product at current market prices by NUTS 2 region (nama_10r_2gdp)* [Dataset]. Available at: https://doi.org/10.2908/nama_10r_2gdp (Accessed: 26/05/2026).

Eurostat. (2025). *Health statistics at regional level*. Statistics Explained. Available at: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Health_statistics_at_regional_level (Accessed: 26/05/2026).

Eurostat. (2025). *Self-perceived health by sex, age and income quintile (hlth_silc_10)* [Dataset]. Available at: https://doi.org/10.2908/hlth_silc_10 (Accessed: 26/05/2026).

Hellenic Statistical Authority. (2023). *Απογραφή Πληθυσμού–Κατοικιών 2021: Μόνιμος πληθυσμός κατά φύλο και ομάδες ηλικιών*. Available at: <https://www.statistics.gr/2021-census-res-pop-results> (Accessed: 26/05/2026).

Hellenic Statistical Authority. (2024). *Causes of death in Greece, 2021*. Available at: <https://www.statistics.gr/en/statistics/-/publication/SPO09/-> (Accessed: 26/05/2026).

Hellenic Statistical Authority. (2025a). *Έρευνα Εργατικού Δυναμικού: Δ' τρίμηνο 2024*. Available at: <https://www.statistics.gr/> (Accessed: 26/05/2026).

Hellenic Statistical Authority. (2025b). *Απογραφή Κέντρων Υγείας και λοιπών μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, 2024*. Available at: <https://www.statistics.gr/> (Accessed: 26/05/2026).

Hellenic Statistical Authority. (2025c). *Causes of death in Greece, 2022*. Available at: <https://www.statistics.gr/en/statistics/-/publication/SPO09/-> (Accessed: 26/05/2026).

Hellenic Republic. (2017). *Νόμος 4486/2017: Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις*. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Α' 115/07.08.2017. Available at: https://www.et.gr/api/DownloadFekPdf?fek_pdf=2017%2FA%2F115 (Accessed: 26/05/2026).

Ministry of Health. (2021). *Εθνικό σχέδιο δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2021–2025*. Available at: <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/generalsecretaryofpublichealth/ethniko-sxedio-drashs-dhmosias-ygeias> (Accessed: 26/05/2026).

World Health Organization. (2016). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131> (Accessed: 26/05/2026).

World Health Organization. (2019). *Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report*. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/primary-health-care-on-the-road-to-universal-health-coverage-2019> (Accessed: 26/05/2026).

World Health Organization. (2025). *World report on social determinants of health equity*. Available at: <https://iris.who.int/> (Accessed: 26/05/2026).

World Health Organization Regional Office for Europe. (2019). *Healthy, prosperous lives for all: The European Health Equity Status Report*. Available at: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289054256> (Accessed: 26/05/2026).

World Health Organization Regional Office for Europe. (2022). *Health and care workforce in Europe: Time to act*. Available at: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058339> (Accessed: 26/05/2026).