

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας στον γενικό πληθυσμό Δυτικού Τομέα
Αθηνών

ΚΟΛΛΙΑ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ
ΑΜ 22072

Επιβλέπων Καθηγητής Κ. Γεώργιος Πιερράκος

ΑΘΗΝΑ, ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ, 2024

UNIVERSITY OF West ATTICA



DEPARTMENT
BUSSINESS ADMINISTRATION

DIVISION
SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE
MANAGEMENT

Diploma Thesis

Unmet health needs of the general population of the Western Sector of Athens

KOLLIA STAVROULA

Registration Number: 22072

Supervisor Mr GEORGE PIERRAKOS

Athens, February 2024

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας στον γενικό πληθυσμό Δυτικού Τομέα Αθηνών

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

| A/a | ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ | ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ | ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ |
|------------|---------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| 1 | ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ | ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ | |
| 2 | ΜΕΛΟΣ ΑΣΠΑΣΙΑ ΓΟΥΛΑ | ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ | |
| 3 | ΜΕΛΟΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΣΕΠΕΤΗΣ | ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ | |

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Κόλλια Σταυρούλα του Νικολάου, με αριθμό μητρώου 22072 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών: Διοίκηση κ Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας κ Κοινωνικής Φροντίδας, του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων, της Σχολής Διοίκησης Οικονομικών κ Κοινωνικών Επιστημών, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Η Δηλούσα



ΚΟΛΛΙΑ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ θερμά τον Επιβλέποντα Καθηγητή μου αξιότιμο Κύριο Πιερράκο για την πολύτιμη βοήθειά του και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας αυτής. Υπήρξε όλο αυτό το διάστημα πάντα διαθέσιμος να μου προσφέρει τις γνώσεις του και να με καθοδηγήσει σε όλα τα στάδια της διπλωματικής αυτής εργασίας.

Οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στους Διδάσκοντες του προγράμματος αξιότιμους Α. Γούλα, Α. Σεπετή, Μ. Τσιριντάνη και Γ. Αμίτση που μου μεταλαμπάδευσαν πλήθος γνώσεων που χωρίς τις οποίες δεν θα είχα καταφέρει να φτάσω στο τέλος αυτού του ταξιδιού.

Ιδιαίτερως θέλω να ευχαριστήσω τους γονείς μου , που με μόνο γνώμονα την αγάπη με μεγάλωσαν και στις δυσκολότερες στιγμές της ζωής μου ήταν πάντα εκεί, και στον σύζυγό μου και τις κόρες μου που με στήριξαν με κάθε τρόπο για να τα καταφέρω και να φοιτήσω στο Πρόγραμμα αυτό. Χωρίς αυτούς η επιτυχία δε θα ήταν εφικτή.

Η εργασία αυτή είναι αφιερωμένη στα ομορφότερα πλάσματα της καρδιάς μου Λήδα και Δανάη Σαράντη για την αγάπη και τη δύναμη που με δίδαξαν.

One never notices what has been done; one can only see what remains to be done.

Marie Curie

Περίληψη

Εισαγωγή: Η παρούσα εργασία διερευνά τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας του γενικού πληθυσμού του Δυτικού Τομέα της Αθήνας, παρουσιάζοντας μια ολοκληρωμένη έρευνα που περιλαμβάνει θεωρητικό υπόβαθρο, διερεύνηση των αδυναμιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας, γνώσεις από διεθνείς εμπειρίες και εμπειρικά ερευνητικά ευρήματα. Το θεωρητικό πλαίσιο θέτει τις βάσεις εστιάζοντας σε βασικές διαστάσεις όπως το δικαίωμα στην υγεία, η οικονομική προσιτότητα, η διαθεσιμότητα και η χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Υλικό και μέθοδος: Η έρευνα χρησιμοποιεί ερωτηματολόγια έρευνας, αναγνωρισμένα για την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητά τους, για τη συλλογή δεδομένων σχετικά με δημογραφικά στοιχεία, συνθήκες υγείας, χρήση υγειονομικής περίθαλψης και λόγους για τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, το προφίλ κατάστασης υγείας SF-36 προσφέρει πληροφορίες για οκτώ τομείς υγείας. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω του Google Forms, εξασφαλίζοντας απομακρυσμένη προσβασιμότητα, φιλικότητα προς το χρήστη και ασφαλή αποθήκευση.

Αποτελέσματα: Η δημογραφική ανάλυση αποκάλυψε μια ισορροπημένη εκπροσώπηση, με αξιοσημείωτα ποσοστά σε διάφορες ηλικιακές ομάδες και διαφορετικές οικογενειακές δομές. Η πλειονότητα παρουσίασε υψηλό μορφωτικό επίπεδο και οι συνταξιούχοι αποτελούσαν τη μεγαλύτερη επαγγελματική ομάδα. Τα αποτελέσματα της έρευνας υπογράμμισαν την επικρατούσα χρήση υπηρεσιών υγείας, συμπεριλαμβανομένης της λήψης φαρμάκων και των εισαγωγών σε νοσοκομεία. Κρίσιμα ευρήματα προέκυψαν τονίζοντας τις καθυστερήσεις λόγω οικονομικών περιορισμών και τις προκλήσεις στην πρόσβαση στην οδοντιατρική περίθαλψη.

Συζήτηση: Το θεωρητικό πλαίσιο, οι αδυναμίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας και οι διεθνείς προοπτικές παρείχαν ένα πλαίσιο για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων της έρευνας. Η ανάλυση των δεδομένων ανά δήμο αποκάλυψε τοπικές διαφοροποιήσεις, τονίζοντας τη σημασία των στοχευμένων παρεμβάσεων. Οι οικονομικοί περιορισμοί και τα γεωγραφικά εμπόδια εντοπίστηκαν ως σημαντικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην ανεκπλήρωση των αναγκών υγείας, ευθυγραμμισμένοι με τις διεθνείς εμπειρίες.

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά, η παρούσα έρευνα συμβάλλει σε πολύπλευρες γνώσεις σχετικά με το τοπίο των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας στον Δυτικό Τομέα

της Αθήνας. Το θεωρητικό πλαίσιο και οι αδυναμίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας υπογραμμίζουν την ανάγκη για προσαρμοσμένες παρεμβάσεις, με τις διεθνείς εμπειρίες να προσφέρουν πολύτιμες συγκριτικές προοπτικές. Τα αποτελέσματα της έρευνας αποκαλύπτουν κρίσιμους τομείς που χρήζουν προσοχής, από τις οικονομικές προκλήσεις έως τις ανισότητες στην πρόσβαση στην οδοντιατρική περίθαλψη. Η τμηματοποίηση των δεδομένων ανά δήμο ενισχύει την αναλυτικότητα της μελέτης, διευκολύνοντας στοχευμένες προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγειονομική περίθαλψη. Ανώτερος στόχος είναι να ενδυναμωθούν οι ενδιαφερόμενοι φορείς με αξιοποιήσιμες γνώσεις, προωθώντας την ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων και στρατηγικών για τη βελτίωση της συνολικής παροχής υγειονομικής περίθαλψης και τη διασφάλιση της ικανοποίησης των ποικίλων αναγκών του πληθυσμού της Δυτικής Αττικής.

Abstract

Introduction: This paper explores the unmet health needs of the general population of the Western Sector of Athens, presenting a comprehensive research that includes theoretical background, investigation of the weaknesses of the National Health System, insights from international experiences and empirical research findings. The theoretical framework sets the stage by focusing on key dimensions such as the right to health, affordability, availability and utilization of health services.

Material and method: The study uses survey questionnaires, recognized for their efficiency and effectiveness, to collect data on demographics, health conditions, health care utilization and reasons for unmet health care needs. In addition, the SF-36 health status profile offers information on eight health domains. Data collection was conducted through Google Forms, ensuring remote accessibility, user-friendliness, and secure storage.

Results: Demographic analysis revealed a balanced representation, with notable percentages in different age groups and different family structures. The majority showed a high level of education and retired people were the largest professional group. The survey results underlined the predominant use of health services, including taking medication and hospital admissions. Critical findings emerged highlighting delays due to financial constraints and challenges in accessing dental care.

Discussion: The theoretical framework, weaknesses of the National Health System and international perspectives provided a framework for interpreting the results of the study. Analysis of the data by municipality revealed local variations, highlighting the importance of targeted interventions. Financial constraints and geographical barriers were identified as important factors contributing to unmet health needs, aligning with international experiences.

Conclusions: In conclusion, this study contributes to multifaceted knowledge about the landscape of unmet health needs in the Western Sector of Athens. The theoretical framework and weaknesses of the National Health System highlight the need for tailored interventions, with international experiences providing valuable comparative perspectives. The survey results reveal critical areas that need attention, from financial challenges to inequalities in access to dental care. Segmenting the data by municipality enhances the analytical power of the study, facilitating targeted approaches to address health care disparities. The ultimate goal is to empower

stakeholders with actionable knowledge, promoting the development of effective interventions and strategies to improve overall healthcare delivery and ensure that the diverse needs of the West Attica population are met.

Πίνακας Περιεχομένων

| | |
|---|------|
| Ευχαριστίες | II |
| Περίληψη | IV |
| Abstract | VI |
| Πίνακας Περιεχομένων | VIII |
| Εισαγωγή | 1 |
| A. Θεωρητικό πλαίσιο | 6 |
| 1. Ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας | 6 |
| 1.1. Βασικές πτυχές του δικαιώματος στην υγεία..... | 6 |
| 1.2. Οικονομική προσιτότητα, διαθεσιμότητα και χρήση των υπηρεσιών υγείας. 8 | |
| 1.2.1. Κάλυψη του πληθυσμού για υγειονομική περίθαλψη | 8 |
| 1.2.2. Ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης | 10 |
| 1.2.3. Έκταση της υγειονομικής κάλυψης..... | 12 |
| 1.2.4. Οικονομικές δυσκολίες και δαπάνες εκτός τσέπης..... | 15 |
| 2. Οι αδυναμίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας..... | 18 |
| 2.1. Η παρούσα κατάσταση | 18 |
| 2.2. Οι αδυναμίες | 20 |
| 2.3. Η κατάσταση της υγείας στην Ελλάδα | 22 |
| 2.4. Παράγοντες κινδύνου | 24 |
| 2.5. Το σύστημα υγείας..... | 26 |
| 2.6. Επιδόσεις του συστήματος υγείας | 28 |
| 3. Η διεθνής εμπειρία των ανεκπλήρωτων υγειονομικών αναγκών | 37 |
| 3.1. Ανεκπλήρωτες ανάγκες για υγειονομική περίθαλψη..... | 37 |
| 3.2. Ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρική εξέταση ή θεραπεία | 41 |
| 3.3. Ανικανοποίητες ανάγκες για οδοντιατρική εξέταση και θεραπεία..... | 48 |
| 3.4. Ανικανοποίητες ανάγκες για υπηρεσίες που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη για οικονομικούς λόγους | 51 |
| B. Έρευνα..... | 58 |
| 1. Μέθοδος..... | 58 |
| 1α) Δειγματοληψία | 60 |
| 1β) Εργαλεία | 61 |
| 2. Αποτελέσματα..... | 63 |
| 2α) Δημογραφικά | 63 |

| | |
|---|-----|
| 2β) Αποτελέσματα ανά ενότητα ερωτηματολογίου..... | 69 |
| Γενική κατάσταση υγείας | 69 |
| Λήψη Φαρμάκων | 71 |
| Χρήση υπηρεσιών υγείας..... | 71 |
| Ανάγκες υγείας που δεν καλύφθηκαν | 75 |
| Ερωτηματολόγιο υγείας SF-36 | 86 |
| Αξιοπιστία Ερωτηματολογίων | 101 |
| 3. Συζήτηση..... | 102 |
| 4. Συμπεράσματα της έρευνας | 104 |
| Συμπεράσματα | 112 |
| Βιβλιογραφία | 115 |
| Παράρτημα 1..... | 122 |
| Γραφήματα..... | 122 |
| Παράρτημα 2..... | 161 |
| Ερωτηματολόγιο 1 | 161 |
| Ερωτηματολόγιο 2 | 165 |
| Ναι | 167 |
| Όχι..... | 167 |

Εισαγωγή

Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη αποτελεί θεμελιώδη παράγοντα της υγείας και η διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί κρίσιμο μέλημα στην έρευνα για τις υπηρεσίες υγείας. Ο πρωταρχικός στόχος των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης είναι η επίτευξη δίκαιης πρόσβασης στην αναγκαία υγειονομική περίθαλψη, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ατόμου ή άλλα χαρακτηριστικά που δεν σχετίζονται με τις ανάγκες. Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν μέτρο της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη. Όσοι ασχολούνται με τη θεωρητική έρευνα στις ανεπτυγμένες χώρες έχουν προσφέρει διάφορες εξηγήσεις για τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των ελλείψεων του συστήματος υγείας, όπως η έλλειψη υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, και των ιδιαίτερων συνθηκών των ατόμων που αναζητούν περίθαλψη, όπως η οικονομική προσιτότητα των υπηρεσιών, η ήπια ασθένεια, η άβολη κυκλοφορία, η έλλειψη διαθέσιμης θεραπείας και η έλλειψη χρόνου.

Οι μη καλυπτόμενες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίες ορίζονται ως το χάσμα μεταξύ των υπηρεσιών που θεωρούνται απαραίτητες για την κατάλληλη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας και των υπηρεσιών που πράγματι λαμβάνονται, χρησιμεύουν ως απλοί δείκτες για την παρακολούθηση της προσβασιμότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και την αξιολόγηση της έκτασης των ανισοτήτων στην πρόσβαση και τη χρήση.

Η ασυμφωνία μεταξύ των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που κρίνονται απαραίτητες και αυτών που πραγματικά λαμβάνονται σημαίνει αποτυχία βελτίωσης της κατάστασης της υγείας των ατόμων. Η προσβασιμότητα στην υγειονομική περίθαλψη μπορεί να είναι περιορισμένη λόγω διαφόρων παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων των οικονομικών περιορισμών, της γεωγραφικής απόστασης από τις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης και των εκτεταμένων χρόνων αναμονής. Όταν τα άτομα παραιτούνται από την αναγκαία περίθαλψη, αυτό μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση των αποτελεσμάτων της υγείας, ιδίως μεταξύ των ατόμων που βρίσκονται σε οικονομικά μειονεκτική θέση. Είναι ζωτικής σημασίας η συλλογή πληροφοριών από τον πληθυσμό σχετικά με τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης, αλλά οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται μπορεί να αποφέρουν διαφορετικά αποτελέσματα.

Η αξιολόγηση των αυτοαναφερόμενων δεικτών των ανεκπλήρωτων αναγκών περίθαλψης θα πρέπει να συμπληρώνεται με την εξέταση άλλων παραγόντων που σχετίζονται με την οικονομική προσιτότητα και την προσβασιμότητα στην υγειονομική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένης της έκτασης της υγειονομικής κάλυψης, των δαπανών από την τσέπη και της πραγματικής χρήσης των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Οι στρατηγικές που αποσκοπούν στην ενίσχυση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη για τους μειονεκτούντες πληθυσμούς θα πρέπει να αντιμετωπίζουν όχι μόνο τα ζητήματα της οικονομικής προσιτότητας αλλά και της πραγματικής πρόσβασης με την προώθηση της δίκαιης κατανομής των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και των υπηρεσιών σε ολόκληρη τη χώρα.

Υπό το πρίσμα αυτών των εκτιμήσεων, η παρούσα διπλωματική εργασία διερευνά τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας στο γενικό πληθυσμό του Δυτικού Τομέα της Αθήνας, εξετάζοντας το θεωρητικό πλαίσιο, τις αδυναμίες του εθνικού συστήματος υγείας, τις διεθνείς εμπειρίες και τα αποτελέσματα της εμπειρικής έρευνας. Η παρούσα ερευνητική εργασία αποσκοπεί στη διεξαγωγή μιας ολοκληρωμένης ποσοτικής έρευνας και ανάλυσης των ανεκπλήρωτων αναγκών υγειονομικής περίθαλψης στη συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή της Δυτικής Αττικής. Υιοθετώντας μια ποσοτική ερευνητική προσέγγιση, η παρούσα μελέτη σκοπεύει να συγκεντρώσει και να αναλύσει συστηματικά αριθμητικά δεδομένα που σχετίζονται με διάφορους παράγοντες που συμβάλλουν στις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης. Οι παράγοντες αυτοί περιλαμβάνουν οικονομικούς περιορισμούς, προκλήσεις γεωγραφικής προσβασιμότητας και παρατεταμένους χρόνους αναμονής για ιατρικές υπηρεσίες. Μέσω της σχολαστικής συλλογής δεδομένων και της στιβαρής στατιστικής ανάλυσης, η ερευνητική έρευνα επιδιώκει να προσφέρει μια σε βάθος κατανόηση της επικράτησης και των θεμελιωδών λόγων πίσω από τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης στον πληθυσμό που κατοικεί στη Δυτική Περιοχή της Αθήνας. Αξίζει να σημειωθεί ότι η παρούσα μελέτη επιδιώκει να ενισχύσει περαιτέρω το αναλυτικό της βάθος με την τμηματοποίηση της ανάλυσης των δεδομένων με βάση τους επιμέρους δήμους. Οι δήμοι αυτοί περιλαμβάνουν επτά τομείς στη δυτική περιοχή, μεταξύ των οποίων το Χαϊδάρι, το Περιστερί, το Ίλιον, οι Άγιοι Ανάργυροι - Καματερό, η Πετρούπολη, το Αιγάλεω και η Αγία Βαρβάρα. Με την εξέταση των δεδομένων σε επίπεδο δήμου, η έρευνα στοχεύει στην αποκάλυψη τοπικών παραλλαγών και ανισοτήτων στις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης, επιτρέποντας μια πιο διαφοροποιημένη και

στοχευμένη προσέγγιση για την αντιμετώπιση των ζητημάτων προσβασιμότητας στην υγειονομική περίθαλψη. Απώτερος στόχος αυτού του ερευνητικού εγχειρήματος είναι να προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες για το περίπλοκο τοπίο της υγειονομικής περίθαλψης στη Δυτική Αττική. Παρέχοντας μια ολοκληρωμένη ανάλυση των ποσοτικών δεδομένων, η παρούσα μελέτη στοχεύει να ενδυναμώσει τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής, τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και άλλους ενδιαφερόμενους φορείς με τις πληροφορίες που απαιτούνται για την εκπόνηση αποτελεσματικών παρεμβάσεων και στρατηγικών. Αυτές οι παρεμβάσεις και στρατηγικές μπορούν να προσαρμοστούν ώστε να αντιμετωπίσουν ειδικά τα εντοπισμένα κενά στην προσβασιμότητα και τη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης, εργαζόμενοι έτσι προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της συνολικής παροχής υγειονομικής περίθαλψης και διασφαλίζοντας ότι οι ποικίλες ανάγκες του πληθυσμού της Δυτικής Αττικής καλύπτονται επαρκώς.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που προέκυψαν από την μελέτη της βιβλιογραφίας και αποπειράται να απαντήσει η παρούσα εργασία είναι τα εξής:

- 1) Ποιος είναι ο γενικός επιπολασμός των ανεκπλήρωτων αναγκών υγειονομικής περίθαλψης στη Δυτική Περιφέρεια Αθηνών;
- 2) Πώς συμβάλλουν οι οικονομικοί περιορισμοί, οι προκλήσεις γεωγραφικής προσβασιμότητας και οι χρόνοι αναμονής στις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης στην περιοχή αυτή;
- 3) Σε ποιο βαθμό οι οικονομικοί περιορισμοί επηρεάζουν τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης στη Δυτική Περιφέρεια της Αθήνας;
- 4) Πώς συσχετίζονται δημογραφικοί παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο και η εθνικότητα με τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης;
- 5) Ποια είναι η σχέση μεταξύ της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, του μορφωτικού υπόβαθρου και της πιθανότητας εμφάνισης ανεκπλήρωτων αναγκών υγειονομικής περίθαλψης;
- 6) Πώς σχετίζεται η αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας των ατόμων με την πιθανότητα να αντιμετωπίζουν ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης;
- 7) Πώς επηρεάζει η παρουσία ανεκπλήρωτων αναγκών υγειονομικής περίθαλψης τη συνολική ποιότητα ζωής των ατόμων στο Δυτικό Τομέα της Αθήνας;

Στο πρώτο μέρος, το Θεωρητικό πλαίσιο, το Κεφάλαιο 1 εμβαθύνει σε βασικές διαστάσεις όπως το δικαίωμα στην υγεία, η οικονομική προσιτότητα, η διαθεσιμότητα και η χρήση των υπηρεσιών υγείας. Διερευνά το θεωρητικό υπόβαθρο

των μη καλυπτόμενων αναγκών υγείας και εισάγει βασικές πτυχές όπως το δικαίωμα στην υγεία και τους παράγοντες που επηρεάζουν την οικονομική προσιτότητα, τη διαθεσιμότητα και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Το Κεφάλαιο 2 εξετάζει τις αδυναμίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα, παρέχοντας μια επισκόπηση της τρέχουσας κατάστασης, των εντοπισμένων αδυναμιών, των παραγόντων κινδύνου και των επιδόσεων του συστήματος υγείας. Αυτό το κεφάλαιο θέτει τις βάσεις για την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι εθνικές πολιτικές και δομές υγείας συμβάλλουν στις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας στον Δυτικό Τομέα της Αθήνας. Το Κεφάλαιο 3 διερευνά τις διεθνείς εμπειρίες σχετικά με τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας, προσφέροντας μια συγκριτική προοπτική. Διερευνά τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης σε παγκόσμιο επίπεδο, με έμφαση στις ιατρικές εξετάσεις, την οδοντιατρική περίθαλψη και τις υπηρεσίες που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη για οικονομικούς λόγους. Το κεφάλαιο αυτό συνεισφέρει πολύτιμες γνώσεις από διαφορετικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης.

Στο δεύτερο μέρος, την έρευνα, το Κεφάλαιο 1 περιγράφει τη μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη, περιγράφοντας λεπτομερώς τη χρήση ερωτηματολογίων έρευνας, τεχνικών δειγματοληψίας και εργαλείων όπως το προφίλ κατάστασης υγείας SF-36. Το κεφάλαιο δίνει έμφαση στην αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα των επιλεγμένων μεθόδων συλλογής δεδομένων, εξασφαλίζοντας απομακρυσμένη προσβασιμότητα, φιλικότητα προς τον χρήστη και ασφαλή αποθήκευση. Στο κεφάλαιο 2 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας, προσφέροντας δημογραφική ανάλυση και πληροφορίες σχετικά με τις συνθήκες υγείας, τη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης και τους λόγους για τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης. Περιλαμβάνει επίσης ανάλυση του προφίλ κατάστασης υγείας SF-36, παρέχοντας πληροφορίες για οκτώ τομείς υγείας. Το Κεφάλαιο 3 επιδίδεται σε μια συζήτηση των αποτελεσμάτων της έρευνας, ευθυγραμμίζοντάς τα με το θεωρητικό πλαίσιο, τις αδυναμίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας και τις διεθνείς προοπτικές. Το κεφάλαιο διερευνά τις τοπικές διαφοροποιήσεις ανά δήμο, τονίζοντας τη σημασία των στοχευμένων παρεμβάσεων με βάση τις συγκεκριμένες περιφερειακές ανάγκες.

Το καταληκτικό κεφάλαιο συνθέτει τα βασικά ευρήματα της μελέτης, συγκεντρώνοντας τις γνώσεις από το θεωρητικό πλαίσιο, τις αδυναμίες του εθνικού συστήματος υγείας, τις διεθνείς εμπειρίες και τα αποτελέσματα της έρευνας.

Επαναλαμβάνει τους κρίσιμους τομείς που χρήζουν προσοχής, προτείνει προσαρμοσμένες παρεμβάσεις και υπογραμμίζει τη σημασία της αντιμετώπισης των οικονομικών προκλήσεων και των ανισοτήτων στην πρόσβαση στην οδοντιατρική περίθαλψη. Το κεφάλαιο υπογραμμίζει την αξία της τμηματοποίησης των δεδομένων ανά δήμο για στοχευμένες προσεγγίσεις και περιγράφει τον απώτερο στόχο της ενδυνάμωσης των ενδιαφερομένων με αξιοποιήσιμη γνώση για τη βελτίωση της συνολικής παροχής υγειονομικής περίθαλψης στον Δυτικό Τομέα της Αθήνας.

A. Θεωρητικό πλαίσιο

1. Ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας

1.1. Βασικές πτυχές του δικαιώματος στην υγεία

Το δικαίωμα στην υγεία είναι ένα ολοκληρωμένο δικαίωμα που περιλαμβάνει διάφορες πτυχές που εκτείνονται πέρα από την απλή πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και την κατασκευή ιατρικών εγκαταστάσεων. Περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα παραγόντων κρίσιμων για μια υγιή ζωή, όπως προσδιορίστηκε από την Επιτροπή Οικονομικών, Κοινωνικών και Πολιτιστικών Δικαιωμάτων, το όργανο που εποπτεύει το Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα. Αυτοί οι θεμελιώδεις παράγοντες, που ονομάζονται "βασικοί προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας", περιλαμβάνουν ασφαλές πόσιμο νερό, κατάλληλη αποχέτευση, ασφαλή τρόφιμα, επαρκή διατροφή και στέγαση, υγιείς συνθήκες εργασίας και περιβάλλοντος, εκπαίδευση και πληροφόρηση σχετικά με την υγεία και ισότητα των φύλων. Επιπλέον, το δικαίωμα στην υγεία ενσωματώνει συγκεκριμένες ελευθερίες και δικαιώματα. Μεταξύ των ελευθεριών, περιλαμβάνει το δικαίωμα προστασίας από ακούσιες ιατρικές διαδικασίες, όπως μη συναινετικά ιατρικά πειράματα, έρευνες ή αναγκαστική στείρωση. Επιπλέον, διασφαλίζει την προστασία από τα βασανιστήρια και άλλες μορφές απάνθρωπης ή εξευτελιστικής μεταχείρισης ή τιμωρίας. Όσον αφορά τα δικαιώματα, το δικαίωμα στην υγεία περιλαμβάνει διάφορες βασικές πτυχές. Αυτές περιλαμβάνουν το δικαίωμα σε ένα σύστημα προστασίας της υγείας που προσφέρει ίσες ευκαιρίες σε όλους να επιτύχουν το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας. Περιλαμβάνει επίσης το δικαίωμα στην πρόληψη, τη θεραπεία και τον έλεγχο των ασθενειών, την πρόσβαση σε βασικά φάρμακα, υπηρεσίες μητρικής, παιδικής και αναπαραγωγικής υγείας, την ισότιμη και έγκαιρη πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγείας, την παροχή εκπαίδευσης και πληροφόρησης σχετικά με την υγεία και την ενεργό συμμετοχή του πληθυσμού στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων σχετικά με την υγεία τόσο σε εθνικό όσο και σε κοινοτικό επίπεδο (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights και World Health Organization, 2008).

Η παροχή υπηρεσιών, αγαθών και εγκαταστάσεων υγείας αποτελεί θεμελιώδες ανθρωπινό δικαίωμα που πρέπει να παρέχεται σε όλα τα άτομα χωρίς

καμία μορφή διάκρισης. Αυτή η αρχή της μη διάκρισης είναι κομβικής σημασίας στο πεδίο των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και είναι απαραίτητη για την υλοποίηση του δικαιώματος στο υψηλότερο εφικτό επίπεδο υγείας, όπως περιγράφεται στην επόμενη ενότητα για τη μη διάκριση. Επιπλέον, αυτές οι υπηρεσίες, τα αγαθά και οι εγκαταστάσεις πρέπει να τηρούν συγκεκριμένα κριτήρια για να διασφαλίζεται η αποτελεσματικότητα και η συμμετοχικότητά τους. Πρώτον, η δημόσια υγεία και οι εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης, μαζί με τα συναφή αγαθά και υπηρεσίες, θα πρέπει να είναι διαθέσιμες σε άφθονη ποσότητα σε ένα συγκεκριμένο κράτος. Επιπλέον, πρέπει να είναι φυσικά προσβάσιμες σε όλα τα τμήματα του πληθυσμού, συμπεριλαμβανομένων των παιδιών, των εφήβων, των ηλικιωμένων ατόμων, των ατόμων με αναπηρία και άλλων ευάλωτων ομάδων. Αυτή η προσβασιμότητα περιλαμβάνει τόσο τη γεωγραφική εγγύτητα όσο και την οικονομική προσιτότητα, ενώ παράλληλα τηρείται η αρχή της μη διάκρισης. Επιπλέον, η προσβασιμότητα επεκτείνεται στο δικαίωμα αναζήτησης, λήψης και μετάδοσης πληροφοριών που σχετίζονται με την υγεία σε μορφές που είναι προσβάσιμες σε όλους, συμπεριλαμβανομένων των ατόμων με αναπηρία. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι αυτό το δικαίωμα σε προσβάσιμες πληροφορίες δεν θέτει σε κίνδυνο την εμπιστευτικότητα των προσωπικών δεδομένων υγείας (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights και World Health Organization, 2008).

Εκτός από τη διαθεσιμότητα και την προσβασιμότητα, οι εν λόγω εγκαταστάσεις, αγαθά και υπηρεσίες πρέπει να σέβονται την ιατρική δεοντολογία, εξασφαλίζοντας την ευαισθησία σε θέματα φύλου και την πολιτισμική καταλληλότητα. Με απλούστερους όρους, θα πρέπει να είναι τόσο ιατρικά όσο και πολιτισμικά αποδεκτές, ώστε να εξυπηρετούν διαφορετικούς πληθυσμούς. Τέλος, οι διατάξεις αυτές πρέπει να πληρούν τα επιστημονικά και ιατρικά πρότυπα, απαιτώντας την παρουσία επαρκώς εκπαιδευμένων επαγγελματιών υγείας, επιστημονικά εγκεκριμένων και μη ληγμένων φαρμάκων και νοσοκομειακού εξοπλισμού. Η επαρκής αποχέτευση και το ασφαλές πόσιμο νερό αποτελούν επίσης βασικά στοιχεία που εγγυώνται την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, των αγαθών και των εγκαταστάσεων. Στην ουσία, η διασφάλιση του δικαιώματος στην υγεία απαιτεί μια ολιστική προσέγγιση που λαμβάνει υπόψη τόσο τις ιατρικές όσο και τις κοινωνικές πτυχές της παροχής υγειονομικής περίθαλψης (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights και World Health Organization, 2008).

1.2. Οικονομική προσιτότητα, διαθεσιμότητα και χρήση των υπηρεσιών υγείας

1.2.1. Κάλυψη του πληθυσμού για υγειονομική περίθαλψη

Η πληθυσμιακή κάλυψη της υγειονομικής περίθαλψης ορίζεται ως το ποσοστό του πληθυσμού που είναι επιλέξιμο για ένα βασικό σύνολο υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης - είτε μέσω δημόσιων προγραμμάτων είτε μέσω πρωτοβάθμιας ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Το σύνολο των υπηρεσιών εξαρτάται από την εκάστοτε χώρα, αλλά συνήθως περιλαμβάνει διαβουλεύσεις με γιατρούς, εξετάσεις και εξετάσεις και νοσοκομειακή περίθαλψη. Η δημόσια κάλυψη περιλαμβάνει τόσο τα εθνικά συστήματα υγείας όσο και την κοινωνική ασφάλιση υγείας. Στα εθνικά συστήματα υγείας, το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης προέρχεται από τη γενική φορολογία, ενώ στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης υγείας, η χρηματοδότηση προέρχεται συνήθως από ένα συνδυασμό εισφορών μισθοδοσίας και φορολογίας. Και στα δύο, η χρηματοδότηση συνδέεται με την ικανότητα πληρωμής. Η πρωτοβάθμια ιδιωτική ασφάλιση υγείας αναφέρεται στην ασφαλιστική κάλυψη για ένα βασικό σύνολο υπηρεσιών και μπορεί να είναι προαιρετική ή υποχρεωτική από το νόμο (για μέρος ή το σύνολο του πληθυσμού). Η πρόσθετη ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι πάντα εθελοντική. Τα ασφάλιστρα της εθελοντικής ιδιωτικής ασφάλισης δεν σχετίζονται γενικά με το εισόδημα, αν και η αγορά της ιδιωτικής κάλυψης μπορεί να επιδοτείται από την κυβέρνηση (OECD, 2021b).

Πολλές χώρες του ΟΟΣΑ έχουν επιτύχει καθολική ή σχεδόν καθολική κάλυψη για ένα βασικό σύνολο υπηρεσιών υγείας, το οποίο συνήθως περιλαμβάνει διαβουλεύσεις με επαγγελματίες υγείας, διαγνωστικές εξετάσεις και νοσοκομειακή περίθαλψη. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την επίτευξη καθολικής υγειονομικής κάλυψης περιλαμβάνουν συχνά εθνικά συστήματα υγείας ή συστήματα κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, χώρες όπως οι Κάτω Χώρες και η Ελβετία έχουν επιτύχει την καθολικότητα με την επιβολή ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, η οποία συμπληρώνεται από δημόσιες επιδοτήσεις και νομοθεσία που καθορίζει το εύρος και το βάθος της κάλυψης (OECD, 2021b).

Αξίζει να σημειωθεί ότι, από το 2019, αρκετές χώρες του ΟΟΣΑ ανέφεραν πληθυσμιακή κάλυψη για βασικές υπηρεσίες κάτω του 95%. Ειδικότερα, στο Μεξικό και στις Ηνωμένες Πολιτείες, η κάλυψη αυτή έπεσε κάτω από το 90%. Ενώ το Μεξικό έχει κάνει βήματα προόδου στην επέκταση της κάλυψης από το 2004, εξακολουθούν να υπάρχουν κενά (OECD, 2016). Στις Ηνωμένες Πολιτείες, ο ανασφάλιστος πληθυσμός αποτελείται κυρίως από ενήλικες εργάσιμης ηλικίας με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης ή εισοδήματος. Παρόλο που σημειώθηκε μείωση του ποσοστού των ανασφάλιστων ατόμων από περίπου 13% το 2013 σε 9% το 2015, το ποσοστό αυτό παρέμεινε σχετικά σταθερό έκτοτε, σύμφωνα με στοιχεία του Γραφείου Απογραφής των Ηνωμένων Πολιτειών το 2018 (Berchick, Barnett και Urton, 2019).

Στην Ιρλανδία, ενώ η κάλυψη είναι τεχνικά καθολική, λιγότερο από το ήμισυ του πληθυσμού απολαμβάνει κάλυψη για επισκέψεις σε γενικούς ιατρούς. Οι τρέχουσες προτάσεις μεταρρύθμισης υποδεικνύουν μια προοπτική σταδιακής εφαρμογής της κάλυψης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης για το σύνολο του πληθυσμού, όπως προτείνεται από εκθέσεις του ΟΟΣΑ και του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου Συστημάτων και Πολιτικών Υγείας το 2019 (OECD, 2019).

Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της υγειονομικής κάλυψης εκτείνεται πέρα από τα απλά ποσοστά κάλυψης του πληθυσμού- περιλαμβάνει επίσης την αξιολόγηση της ικανοποίησης των πολιτών από τη διαθεσιμότητα ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. Η Gallup World Poll διεξάγει παγκόσμιες έρευνες για την ικανοποίηση από τις δημόσιες υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών υγείας, επιτρέποντας συγκρίσεις μεταξύ χωρών με βάση τυποποιημένες ερωτήσεις της έρευνας. Το 2020, σε 37 χώρες του ΟΟΣΑ, το μέσο ποσοστό ικανοποίησης από τη διαθεσιμότητα ποιοτικών υπηρεσιών υγείας ήταν 71%. Ειδικότερα, οι πολίτες στη Νορβηγία (93%), το Βέλγιο και τις Κάτω Χώρες (και οι δύο 92%) εξέφρασαν την υψηλότερη ικανοποίηση, ενώ τα άτομα στην Πολωνία (26%), την Ελλάδα (38%) και τη Χιλή (39%) ανέφεραν τα χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης (OECD, 2021b).

Σε ορισμένες χώρες, οι πολίτες έχουν τη δυνατότητα να ενισχύσουν την υγειονομική τους κάλυψη μέσω εθελοντικής ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Αυτή η πρόσθετη κάλυψη μπορεί να καλύπτει τα υπόλοιπα στοιχεία συμμετοχής στο κόστος, να προσφέρει συμπληρωματικές υπηρεσίες ή να παρέχει ταχεία πρόσβαση ή ευρύτερη επιλογή παρόχων υγειονομικής περίθαλψης (διπλή ασφάλιση). Μεταξύ 22 χωρών του ΟΟΣΑ με πρόσφατα συγκρίσιμα στοιχεία, επτά παρουσίασαν ιδιωτική

ασφαλιστική κάλυψη για πάνω από το ήμισυ του πληθυσμού τους το 2019. Για παράδειγμα, η Σλοβενία και η Κορέα είδαν ευρεία χρήση της συμπληρωματικής ασφάλισης, καλύπτοντας τη συμμετοχή στο κόστος για περίπου το 70% του πληθυσμού τους. Το Ισραήλ και οι Κάτω Χώρες διέθεταν σημαντικές αγορές συμπληρωματικής ασφάλισης υγείας, με κάλυψη άνω του 80% του πληθυσμού τους. Αυτά τα συμπληρωματικά προγράμματα περιελάμβαναν υπηρεσίες όπως οδοντιατρική περίθαλψη, φυσιοθεραπεία και συγκεκριμένα συνταγογραφούμενα φάρμακα, που δεν αποζημιώνονται από το δημόσιο. Αντίθετα, η Ιρλανδία και η Αυστραλία ανέφεραν σημαντική χρήση της διπλής ιδιωτικής ασφάλισης υγείας (OECD, 2021b).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, σχεδόν το 10% του πληθυσμού επέλεξε συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση υγείας, συμπληρώνοντας το 52,5% που καλύπτεται από την κύρια ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Κατά την τελευταία δεκαετία, η συμπληρωματική ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη υγείας αυξήθηκε σε 20 από τις 25 χώρες του ΟΟΣΑ με συγκρίσιμα στοιχεία, αν και οι αυξήσεις αυτές ήταν συχνά οριακές. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην Κορέα σημειώθηκε σημαντική αύξηση κατά 20% του συνολικού πληθυσμού που καλύπτεται από πρόσθετη ιδιωτική ασφάλιση υγείας κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Η εξέλιξη της πρόσθετης ιδιωτικής ασφάλισης υγείας επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων κυρίως των ανισοτήτων στην πρόσβαση σε δημόσια χρηματοδοτούμενες υπηρεσίες και των κυβερνητικών παρεμβάσεων που στοχεύουν στις αγορές ιδιωτικής ασφάλισης υγείας (OECD, 2021b).

1.2.2. Ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης

Μια θεμελιώδης αρχή που είναι εγγενής στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ είναι η παροχή ισότιμης πρόσβασης σε υψηλής ποιότητας περίθαλψη για ολόκληρο τον πληθυσμό, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική του κατάσταση. Ωστόσο, η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη μπορεί να περιορίζεται λόγω διαφόρων παραγόντων, όπως η περιορισμένη διαθεσιμότητα ή η οικονομική προσιτότητα των υπηρεσιών. Κατά συνέπεια, οι πολιτικές πρέπει να αντιμετωπίζουν τα οικονομικά εμπόδια στη φροντίδα και να εξασφαλίζουν επαρκή προσφορά και κατανομή εργαζομένων και υπηρεσιών

υγειονομικής περίθαλψης σε όλη τη χώρα, όπως τονίζεται στις εκθέσεις του ΟΟΣΑ από το 2019 και το 2020 (OECD, 2020).

Κατά μέσο όρο, μεταξύ των 27 χωρών του ΟΟΣΑ με συγκρίσιμα στοιχεία, μόνο το 2,6% του πληθυσμού ανέφερε το 2019 ανεκπλήρωτες ανάγκες περίθαλψης για λόγους όπως το κόστος, η απόσταση ή ο χρόνος αναμονής. Ωστόσο, στην Εσθονία, πάνω από το 15% του πληθυσμού ανέφερε ανεκπλήρωτες ανάγκες περίθαλψης. Περιορισμένη προσβασιμότητα στην υγειονομική περίθαλψη παρατηρήθηκε επίσης στην Ελλάδα, όπου περίπου το 8% του πληθυσμού ανέφερε ανεκπλήρωτες ανάγκες. Αντίθετα, σε χώρες όπως η Ισπανία, το Λουξεμβούργο, οι Κάτω Χώρες, η Γερμανία και η Αυστρία, λιγότερο από το 0,5% του πληθυσμού ανέφερε ανεκπλήρωτες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι ανεκπλήρωτες ανάγκες ήταν πιο σημαντικές για την οδοντιατρική περίθαλψη από ό,τι για την ιατρική περίθαλψη, καθώς η οδοντιατρική περίθαλψη συχνά καλύπτεται μόνο εν μέρει από τα δημόσια συστήματα σε πολλές χώρες, με αποτέλεσμα να απαιτούνται πληρωμές από την τσέπη ή πρόσθετη ιδιωτική ασφάλιση υγείας (OECD, 2021b).

Επιπλέον, οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες επηρεάζουν σημαντικά τις ανεκπλήρωτες ανάγκες στις περισσότερες χώρες. Τα άτομα που ανήκουν στο χαμηλότερο εισοδηματικό πεμπτημόριο τείνουν να αντιμετωπίζουν υψηλότερα επίπεδα ανεκπλήρωτων αναγκών σε σύγκριση με τους πιο πλούσιους ομολόγους τους. Αυτή η εισοδηματική ανισότητα ήταν ιδιαίτερα έντονη σε χώρες όπως η Ελλάδα, η Τουρκία, η Λετονία και η Ισλανδία το 2019, με διαφορά άνω των 5 ποσοστιαίων μονάδων στις αναφερόμενες ανεκπλήρωτες ανάγκες μεταξύ του χαμηλότερου και του υψηλότερου πεμπτημορίου εισοδήματος. Για παράδειγμα, στην Ελλάδα, το 18% των ατόμων στο χαμηλότερο πεμπτημόριο εισοδήματος ανέφεραν ότι παραιτούνται από την αναγκαία ιατρική περίθαλψη, σε σύγκριση με μόλις 1% στο υψηλότερο πεμπτημόριο εισοδήματος. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι στην Εσθονία, τα άτομα στο υψηλότερο πεμπτημόριο εισοδήματος ανέφεραν ελαφρώς περισσότερες ανεκπλήρωτες ανάγκες από ό,τι τα άτομα στο χαμηλότερο πεμπτημόριο, κυρίως λόγω του ότι τα εύπορα άτομα ήταν πιθανότερο να αναφέρουν τους χρόνους αναμονής ως αιτία ανεκπλήρωτων αναγκών (OECD, 2021b).

Τα τελευταία χρόνια παρατηρήθηκε μείωση των μη καλυπτόμενων αναγκών ιατρικής περίθαλψης σε 27 χώρες του ΟΟΣΑ, μετά από μια κορύφωση γύρω στο 2014. Αξίζει να σημειωθεί ότι η μείωση αυτή ήταν πιο έντονη στις ομάδες πληθυσμού με χαμηλότερο εισόδημα, με μείωση σχεδόν 40% μεταξύ 2014 και 2019.

Ωστόσο, παρά τη βελτίωση αυτή, εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικές ανισότητες μεταξύ των εισοδηματικών ομάδων. Κατά μέσο όρο, τα άτομα στο χαμηλότερο πεμπτημόριο εισοδήματος είχαν σχεδόν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν ανεκπλήρωτες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης σε σύγκριση με τα άτομα στο υψηλότερο πεμπτημόριο εισοδήματος το 2019 (OECD, 2021b).

Η κρίση COVID-19 έθεσε σημαντικές προκλήσεις για την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη το 2020 στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ. Κατά μέσο όρο, περισσότερα από ένα στα πέντε άτομα σε 23 χώρες του ΟΟΣΑ με συγκρίσιμα στοιχεία ανέφεραν ότι παραιτήθηκαν από απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις ή θεραπείες κατά το πρώτο έτος της πανδημίας. Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης ήταν ιδιαίτερα διαδεδομένες στην Ουγγαρία και την Πορτογαλία, όπου πάνω από το ένα τρίτο του πληθυσμού ανέφερε ότι παραιτήθηκε από την απαραίτητη ιατρική περίθαλψη κατά τη διάρκεια του πρώτου κύματος της πανδημίας. Αντίθετα, στη Δανία, την Αυστρία και τη Γερμανία παρατηρήθηκαν σχετικά χαμηλότερα ποσοστά ατόμων (λιγότερο από 15%) που παρέλειψαν την περίθαλψη (OECD, 2021b).

Για την αντιμετώπιση των προκλήσεων που δημιούργησε η πανδημία, αρκετές χώρες εφάρμοσαν προσαρμογές πολιτικής, συμπεριλαμβανομένης της ευρείας υιοθέτησης υπηρεσιών τηλεϊατρικής. Για παράδειγμα, ο Καναδάς διατήρησε με επιτυχία την πρόσβαση στη φροντίδα κατά τη διάρκεια της πανδημίας μέσω πρωτοβουλιών όπως η εφαρμογή Wellness Together, η οποία διευκόλυνε την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης από απόσταση (OECD, 2021b).

1.2.3. Έκταση της υγειονομικής κάλυψης

Η κάλυψη της υγειονομικής περίθαλψης ορίζεται από το ποσοστό του πληθυσμού που δικαιούται υπηρεσίες, το εύρος των υπηρεσιών που περιλαμβάνονται σε ένα πακέτο παροχών και το ποσοστό του κόστους που καλύπτεται από κρατικά συστήματα και συστήματα υποχρεωτικής ασφάλισης. Η νοσοκομειακή περίθαλψη αναφέρεται στην ενδονοσοκομειακή θεραπευτική και αποκαταστατική περίθαλψη (η οποία παρέχεται κυρίως στα νοσοκομεία)- η εξωνοσοκομειακή ιατρική περίθαλψη στο σύνολο της εξωνοσοκομειακής θεραπευτικής και αποκαταστατικής περίθαλψης, εξαιρουμένης της οδοντιατρικής περίθαλψης- και τα φαρμακευτικά προϊόντα στα

συνταγογραφούμενα και μη συνταγογραφούμενα φάρμακα, συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών μη διαρκή αγαθών (OECD, 2017).

Ο βαθμός κάλυψης της υγειονομικής περίθαλψης σε μια χώρα καθορίζεται όχι μόνο από το ποσοστό του πληθυσμού που δικαιούται βασικές υπηρεσίες υγείας, αλλά και από το φάσμα των υπηρεσιών που περιλαμβάνονται σε ένα δημόσια καθορισμένο πακέτο παροχών και από το μέρος των δαπανών που καλύπτονται. Οι διαφοροποιήσεις στην κάλυψη μεταξύ των χωρών οφείλονται σε συγκεκριμένα αγαθά και υπηρεσίες που περιλαμβάνονται ή αποκλείονται από το δημόσια καθορισμένο πακέτο παροχών, σε διαφορετικές ρυθμίσεις επιμερισμού του κόστους και σε ορισμένες υπηρεσίες που περιορίζονται σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού (όπως η οδοντιατρική περίθαλψη) (OECD, 2021b).

Κατά μέσο όρο, στις χώρες του ΟΟΣΑ το 2019, περίπου τα τρία τέταρτα του συνόλου των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης καλύπτονταν από κρατικά ή υποχρεωτικά συστήματα ασφάλισης υγείας. Το ποσοστό αυτό ξεπερνούσε το 80% σε δέκα χώρες, μεταξύ των οποίων η Νορβηγία, το Λουξεμβούργο, η Σουηδία, η Γερμανία, η Ιαπωνία, η Γαλλία, η Δανία, η Ισλανδία, οι Κάτω Χώρες και η Τσεχική Δημοκρατία. Αντίθετα, στην Ελλάδα, τη Λετονία, την Πορτογαλία και την Κορέα, μόνο το 60% περίπου του συνόλου των δαπανών καλύπτονταν από δημόσια υποχρεωτικά συστήματα. Αξίζει να σημειωθεί ότι στο Μεξικό, λιγότερο από το ήμισυ του συνόλου των δαπανών υγείας (49%) χρηματοδοτούνταν από κρατικά ή υποχρεωτικά συστήματα (OECD, 2021b).

Η οικονομική προστασία δεν εφαρμόζεται ομοιόμορφα σε όλους τους τύπους υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, οδηγώντας σε σημαντικές διαφορές μεταξύ των χωρών. Στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ, οι υπηρεσίες νοσηλείας σε νοσοκομεία λαμβάνουν πιο ολοκληρωμένη κάλυψη από ό,τι άλλοι τύποι περίθαλψης. Το 2019, τα κρατικά ή υποχρεωτικά συστήματα ασφάλισης κάλυψαν το 87% του συνόλου των δαπανών για νοσηλεία σε νοσοκομεία στις χώρες του ΟΟΣΑ. Χώρες όπως η Σουηδία, η Νορβηγία, η Ισλανδία και η Εσθονία πέτυχαν σχεδόν 100% κάλυψη της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης, προσφέροντας συχνά δωρεάν οξείες ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες ή απαιτώντας μόνο ελάχιστες συμμετοχές. Ωστόσο, στην Αυστραλία, το Μεξικό, την Ελλάδα και την Κορέα, η οικονομική κάλυψη της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης αποτελούσε μόνο τα δύο τρίτα περίπου του συνολικού κόστους. Σε ορισμένες από αυτές τις χώρες, οι ασθενείς επιλέγουν τη θεραπεία σε ιδιωτικές εγκαταστάσεις όπου η κάλυψη δεν περιλαμβάνεται πλήρως στο

πακέτο δημόσιων παροχών. Στην Αυστραλία, η ιδιωτική ασφάλιση μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για θεραπεία σε δημόσια νοσοκομεία.

Όσον αφορά την ιατρική περίθαλψη στα εξωτερικά ιατρεία, το 77% των δαπανών στις χώρες του ΟΟΣΑ το 2019 καλύφθηκε από κρατικά και υποχρεωτικά ασφαλιστικά συστήματα. Η κάλυψη διέφερε σε μεγάλο βαθμό και κυμαινόταν από λιγότερο από 60% σε χώρες όπως η Πορτογαλία, η Λετονία και η Κορέα έως πάνω από 90% στη Σλοβακική Δημοκρατία, τη Δανία και τη Σουηδία. Σε ορισμένες χώρες, η εξωνοσοκομειακή πρωτοβάθμια και εξειδικευμένη περίθαλψη είναι γενικά δωρεάν στο σημείο παροχής υπηρεσιών, αλλά ενδέχεται να ισχύουν χρεώσεις χρήστη για συγκεκριμένες υπηρεσίες ή διαβουλεύσεις με μη συμβεβλημένους ιδιωτικούς παρόχους. Αυτή η κατάσταση παρατηρείται, για παράδειγμα, στη Δανία, όπου καλύπτεται το 91% του συνολικού κόστους, αλλά υπάρχουν χρεώσεις χρήσης για επισκέψεις σε ψυχολόγους και φυσιοθεραπευτές ή για ασθενείς που συμβουλευονται ειδικό χωρίς παραπεμπτικό. Ομοίως, στο Ηνωμένο Βασίλειο (89%), η παροχή περίθαλψης εκτός των υπηρεσιών που ανατίθενται από την Εθνική Υπηρεσία Υγείας δεν καλύπτεται, με αποτέλεσμα να υπάρχουν χρεώσεις για τις υπηρεσίες αυτές (OECD, 2021b).

Η κάλυψη της οδοντιατρικής περίθαλψης που παρέχεται από τα κρατικά συστήματα στις χώρες του ΟΟΣΑ είναι ιδιαίτερα περιορισμένη λόγω των περιορισμένων πακέτων υπηρεσιών, που συχνά περιορίζονται στα παιδιά, και των υψηλότερων επιπέδων συμμετοχής στο κόστος. Κατά μέσο όρο, λιγότερο από το ένα τρίτο του κόστους της οδοντιατρικής περίθαλψης επιδοτείται από κυβερνητικά προγράμματα ή υποχρεωτική ασφάλιση. Μόνο τρεις χώρες του ΟΟΣΑ, και συγκεκριμένα η Ιαπωνία, η Γερμανία και η Σλοβακική Δημοκρατία, καταφέρνουν να καλύπτουν πάνω από το ήμισυ των οδοντιατρικών δαπανών. Ειδικότερα, στην Ελλάδα και την Ισπανία, οι δαπάνες οδοντιατρικής περίθαλψης για ενήλικες που δεν έχουν ειδικά δικαιώματα δεν καλύπτονται καθόλου. Στις περιπτώσεις όπου η οδοντιατρική περίθαλψη δεν περιλαμβάνεται πλήρως στο πακέτο παροχών, η εθελοντική ασφάλιση υγείας διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην παροχή οικονομικής προστασίας. Αυτό φαίνεται για παράδειγμα στις Κάτω Χώρες, όπου οι ενήλικες βασίζονται στην εθελοντική ασφάλιση υγείας για να καλύψουν το κενό στην κάλυψη της οδοντιατρικής περίθαλψης (OECD, 2021a).

Ομοίως, η κάλυψη για φαρμακευτικά προϊόντα είναι γενικά λιγότερο εκτεταμένη από ό,τι για την ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη σε

όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ. Περίπου το 58% των φαρμακευτικών δαπανών χρηματοδοτείται κατά μέσο όρο από κρατικά ή υποχρεωτικά συστήματα ασφάλισης. Η Γερμανία, η Γαλλία και η Ιρλανδία διαθέτουν την πιο ολοκληρωμένη φαρμακευτική κάλυψη, με 82%, 80% και 79% αντίστοιχα. Αντίθετα, ο Καναδάς, η Ισλανδία, η Πολωνία και η Λετονία υπολείπονται σημαντικά αυτού του μέσου όρου, με λιγότερο από τα δύο πέμπτα των φαρμακευτικών δαπανών να καλύπτονται. Στον Καναδά, περίπου το ένα τρίτο της φαρμακευτικής δαπάνης χρηματοδοτείται μέσω της προαιρετικής ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, η οποία είναι συνήθως προσβάσιμη μέσω συμβάσεων με βάση τον εργοδότη. Τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα, που συνήθως δεν καλύπτονται από τα δημόσια συστήματα, αναλαμβάνουν σημαντικό ρόλο σε ορισμένες χώρες (OECD, 2021a).

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, καταβλήθηκαν προσπάθειες για να διασφαλιστεί ότι η διάγνωση, οι εξετάσεις και η κατάλληλη περίθαλψη για τους ασθενείς με COVID-19 παραμένουν οικονομικά προσιτές, ιδίως σε χώρες όπου τμήματα του πληθυσμού δεν έχουν κάλυψη. Στην Πολωνία, για παράδειγμα, το Εθνικό Ταμείο Υγείας κάλυψε τόσο τα ασφαλισμένα όσο και τα ανασφάλιστα άτομα για υπηρεσίες υγείας που σχετίζονται με την καταπολέμηση του COVID-19, αποδεικνύοντας τις συντονισμένες προσπάθειες που καταβλήθηκαν για την αντιμετώπιση της προσβασιμότητας στην υγειονομική περίθαλψη κατά τη διάρκεια της πανδημίας (OECD, 2021a).

1.2.4. Οικονομικές δυσκολίες και δαπάνες εκτός τσέπης

Οι πληρωμές από την τσέπη (out-of-pocket, OOP) είναι δαπάνες που βαρύνουν άμεσα τον ασθενή, όταν ούτε η δημόσια ούτε η ιδιωτική ασφάλιση καλύπτουν το πλήρες κόστος του αγαθού ή της υπηρεσίας υγείας. Περιλαμβάνουν την κατανομή του κόστους και άλλες δαπάνες που καταβάλλονται απευθείας από τα ιδιωτικά νοικοκυριά, και ιδανικά θα πρέπει επίσης να περιλαμβάνουν εκτιμήσεις των άτυπων πληρωμών προς τους παρόχους υγείας. Οι καταστροφικές δαπάνες υγείας είναι ένας δείκτης οικονομικής προστασίας που χρησιμοποιείται για την παρακολούθηση της προόδου προς την καθολική υγειονομική κάλυψη. Ορίζεται ως οι πληρωμές OOP που υπερβαίνουν ένα προκαθορισμένο ποσοστό των πόρων που

διαθέτει ένα νοικοκυριό για την πληρωμή της υγειονομικής περίθαλψης (OECD, 2021a).

Σε περιπτώσεις όπου τα συστήματα υγείας δεν παρέχουν επαρκή οικονομική προστασία, τα άτομα μπορεί να αντιμετωπίσουν σημαντικές οικονομικές προκλήσεις στην πληρωμή της υγειονομικής περίθαλψης ή να μην έχουν επαρκείς πόρους για να πληρώσουν τις απαραίτητες ιατρικές υπηρεσίες. Αυτή η έλλειψη οικονομικής προστασίας μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, επιδείνωση των αποτελεσμάτων της υγείας, αύξηση της φτώχειας και εμβάθυνση των κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων. Κατά μέσο όρο, λίγο περισσότερο από το ένα πέμπτο των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης στις χώρες του ΟΟΣΑ χρηματοδοτείται άμεσα από τους ασθενείς μέσω πληρωμών εκτός τσέπης. Οι οικονομικές δυσκολίες προκύπτουν όταν αυτές οι δαπάνες ΟΟΡ γίνονται επαχθείς σε σχέση με την ικανότητα πληρωμής των ατόμων, επηρεάζοντας ιδιαίτερα τα φτωχότερα νοικοκυριά και όσους χρειάζονται μακροχρόνιες θεραπείες, όπως φάρμακα για χρόνιες ασθένειες (OECD, 2021a).

Μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση της οικονομικής επιβάρυνσης από τις δαπάνες ΟΟΡ μπορεί να γίνει εξετάζοντας το μερίδιο της κατανάλωσης των νοικοκυριών που δαπανάται για αγαθά και υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Το 2019, σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, περίπου το 3% των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών διατέθηκε σε αγαθά και υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Το ποσοστό αυτό κυμαινόταν από περίπου 2% ή λιγότερο σε χώρες όπως η Νέα Ζηλανδία, η Γαλλία, η Σλοβενία, το Λουξεμβούργο, η Κολομβία και η Τουρκία, έως πάνω από 5% στην Κορέα και την Ελβετία (OECD, 2021a).

Η σύνθεση των δαπανών ΟΟΡ διέφερε μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Τα φαρμακευτικά προϊόντα και άλλα ιατρικά αγαθά αποτέλεσαν την κύρια δαπάνη ΟΟΡ το 2019, ακολουθούμενη από τις δαπάνες για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Μαζί, αυτά τα στοιχεία αντιπροσώπευαν συνήθως σχεδόν τα δύο τρίτα των δαπανών των νοικοκυριών για την υγειονομική περίθαλψη. Επιπλέον, τα νοικοκυριά διέθεσαν σημαντικό μέρος των δαπανών τους για την υγειονομική περίθαλψη για την οδοντιατρική περίθαλψη (14% των δαπανών υγείας) και τη μακροχρόνια υγειονομική περίθαλψη (12%). Η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη αντιπροσώπευε ένα μικρό ποσοστό (9%) των δαπανών ΟΟΡ (OECD, 2021a).

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, σε πολλές χώρες καταβλήθηκαν προσπάθειες για να διασφαλιστεί ότι η διάγνωση, η εξέταση και η κατάλληλη

περίθαλψη για τους ασθενείς με COVID-19 παρέμειναν οικονομικά εφικτές, ιδίως σε περιοχές όπου τμήματα του πληθυσμού δεν είχαν υγειονομική κάλυψη, όπως ανέφερε ο ΟΟΣΑ το 2021 (OECD, 2021a).

Ο πιο ευρέως χρησιμοποιούμενος δείκτης για τη μέτρηση της οικονομικής επιβάρυνσης που προκαλείται από τις πληρωμές εκτός τσέπης στα νοικοκυριά είναι η συχνότητα εμφάνισης καταστροφικών δαπανών υγείας, ένας δείκτης που αναλύθηκε λεπτομερώς από τους Cylus, Thomson και Evetovits (2018). Το μέτρο αυτό διαφέρει σημαντικά μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, με λιγότερο από 2% των νοικοκυριών να αντιμετωπίζουν καταστροφικές δαπάνες υγείας σε χώρες όπως η Σουηδία, η Ισπανία, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ιρλανδία, η Τσεχική Δημοκρατία και η Σλοβενία. Αντίθετα, πάνω από το 10% των νοικοκυριών στη Λιθουανία, τη Λετονία, την Ουγγαρία και την Πορτογαλία αντιμετωπίζουν αυτή την οικονομική επιβάρυνση. Αξίζει να σημειωθεί ότι, παρά την εφαρμογή προστατευτικών πολιτικών από πολλές χώρες, τα νοικοκυριά με χαμηλότερο εισόδημα, ιδίως εκείνα που ανήκουν στο χαμηλότερο πεμπτημόριο κατανάλωσης, είναι πιο ευάλωτα στις καταστροφικές δαπάνες υγείας.

Είναι επιτακτική ανάγκη να αναγνωριστεί ότι, ενώ το δικαίωμα σε δημόσια χρηματοδοτούμενη υγειονομική περίθαλψη αποτελεί θεμελιώδη πτυχή, δεν εξασφαλίζει αυτόματα οικονομική προστασία. Οι χώρες με μειωμένη συχνότητα εμφάνισης καταστροφικών δαπανών υγείας συχνά χρησιμοποιούν στρατηγικές όπως η απαλλαγή των ατόμων με χαμηλό εισόδημα και των συχνών χρηστών υγειονομικής περίθαλψης από τις συμμετοχές, η εφαρμογή χαμηλών σταθερών συμμετοχών αντί των ποσοστιαίων συμμετοχών, ιδίως για τα φάρμακα που χορηγούνται στα εξωτερικά ιατρεία, και η θέσπιση ανώτατου ορίου για τις συνολικές συμμετοχές που πρέπει να επωμιστεί ένα νοικοκυριό εντός συγκεκριμένου χρονικού πλαισίου. Αξιοσημείωτα παραδείγματα τέτοιων πολιτικών υπάρχουν στην Αυστρία, την Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Επιπλέον, οι επιλογές πολιτικής που κάνουν τα κράτη επηρεάζουν σημαντικά την εμφάνιση καταστροφικών δαπανών, υπογραμμίζοντας τον καθοριστικό ρόλο των πολιτικών κάλυψης σε αυτό το πλαίσιο, όπως τόνισε το Περιφερειακό Γραφείο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Ευρώπη το 2019 (Thomson, Cylus και Evetovits, 2019).

2. Οι αδυναμίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας

2.1. Η παρούσα κατάσταση

Η υφιστάμενη κατάσταση του ελληνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης έχει διαμορφωθεί σημαντικά από τις πιέσεις που αντιμετώπισε κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Τηρώντας τις οδηγίες που περιγράφονται στο Μνημόνιο, υπήρχε ανάγκη περιορισμού των δαπανών του ΑΕΠ και εφαρμογής μέτρων που αποσκοπούσαν στην ενίσχυση της μακροπρόθεσμης αποτελεσματικότητας. Είναι ζωτικής σημασίας να αναγνωρίσουμε ότι η οικονομική κρίση οδήγησε σε μείωση των κρατικών εσόδων, επηρεάζοντας άμεσα τους διαθέσιμους οικονομικούς πόρους για τον τομέα της υγείας σε κάθε χώρα. Οι περιορισμένοι πόροι απαιτούν καλά αξιολογημένες και σχολαστικά τεκμηριωμένες μεταρρυθμίσεις που αποσκοπούν στην αποτελεσματική διοχέτευση των πόρων στους τομείς όπου χρειάζονται περισσότερο. Αξιοσημείωτη σε αυτό το πλαίσιο είναι η ενσωμάτωση των ψηφιακών τεχνολογιών στην παραγωγή και την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, η οποία μπορεί να συμβάλει στον έλεγχο του λειτουργικού κόστους και στην ενίσχυση της συνολικής απόδοσης του συστήματος (Papanikolaou και Zygariis, 2012).

Κατά την περίοδο 2010-2011, το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης αντιμετώπισε σημαντικές πιέσεις λόγω της αυξημένης χρήσης από τους πολίτες και της επιβολής καταναγκαστικών μέτρων που αποσκοπούσαν στη διόρθωση των δεικτών απόδοσης και στον περιορισμό του κόστους. Τα συστημικά προβλήματα στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, τα οποία είχαν εμφανιστεί μια δεκαετία νωρίτερα, επιδεινώθηκαν από την οικονομική κρίση. Οι προκλήσεις ήταν εμφανείς σε πολλούς τομείς, συμπεριλαμβανομένης της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, της διαχείρισης και διαχείρισης των οικονομικών πόρων, της απουσίας σχεδίου αξιολόγησης και της ανάγκης ιεράρχησης και προσδιορισμού των αναγκών για την κατάλληλη καθοδήγηση της χρηματοδότησης. Οι προκλήσεις αυτές οδήγησαν σε υποχρηματοδότηση των ταμείων υγειονομικής περίθαλψης (Rice, 2006). Οι διορθωτικές προσπάθειες του Εθνικού Συστήματος Υγείας στόχευαν τα συστήματα συνταγογράφησης, την κατανομή και τον έλεγχο των προμηθειών, την αποζημίωση των νοσοκομείων και του προσωπικού και τη συνολική αναποτελεσματικότητα και αναποτελεσματικότητα. Ο γενικός στόχος ήταν η ενίσχυση αυτών των τομέων. Το

σκεπτικό πίσω από τις περικοπές του προϋπολογισμού που επιβλήθηκαν στο εθνικό σύστημα υγείας της Ελλάδας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης επέφερε πρόσθετη πίεση σε μια ήδη αποδυναμωμένη υποδομή υγειονομικής περίθαλψης. Η μείωση κατά 40% της κρατικής χρηματοδότησης της υγείας το 2011 είχε ως αποτέλεσμα να δημιουργηθούν σημαντικά κενά στην αλυσίδα εφοδιασμού των νοσοκομείων, οδηγώντας σε ελλείψεις που επηρέασαν άμεσα την παροχή ιατρικής περίθαλψης, αφήνοντας δυσαρεστημένους τους ασθενείς (Kentikelenis, 2011).

Κατά συνέπεια, αυτή η οικονομική πίεση επιβάρυνε συναισθηματικά και αποπροσωποποίησε τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (γιατρούς και νοσηλευτές), κρίσιμους κρίκους στην αλυσίδα παροχής υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίοι όχι μόνο αντιμετώπισαν μειωμένη αποζημίωση αλλά και μειωμένες προοπτικές απασχόλησης λόγω των περικοπών στις προσλήψεις. Επιπλέον, μια έρευνα για τους μισθούς σε ολόκληρη την Ευρώπη αποκάλυψε ότι οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα λάμβαναν έναν από τους χαμηλότερους μισθούς στην Ευρωπαϊκή Ένωση, με μείωση 25% για τους επαγγελματίες υγείας και 14% για το νοσηλευτικό προσωπικό μετά την οικονομική κρίση. Ταυτόχρονα, παρατηρήθηκε αύξηση των πληρωμών των ιδιωτών από την τσέπη τους για την υγειονομική περίθαλψη, με στόχο τη μετακύλιση μεγαλύτερου μέρους του κόστους περίθαλψης στους καταναλωτές, ώστε να ενισχυθούν τα έσοδα των δημόσιων δομών και να μειωθούν οι δαπάνες. Ωστόσο, η στρατηγική αυτή οδήγησε τους ασθενείς να αποφεύγουν τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, με αποτέλεσμα να μειωθεί η χρήση τους (Νιάκας, 2014).

Εν μέσω αυτών των προκλήσεων, αναδείχθηκαν ορισμένες θετικές πτυχές εντός του ελληνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Αυτές περιλάμβαναν την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας) ως γενικού ρυθμιστή και διαμεσολαβητή ασφαλιστικών πολιτικών. Επιπλέον, η υιοθέτηση των κλειστών ενοποιημένων νοσοκομειακών αμοιβών (KEN) μεταμόρφωσε τη δομή των πληρωμών στα δημόσια νοσοκομεία, εξασφαλίζοντας καλύτερο έλεγχο και κατάλληλη αποζημίωση για τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Το σύστημα αυτό εξάλειψε τα ζητήματα που σχετίζονται με τις υποπληρωμές, τις υπερπληρωμές και την αναποτελεσματικότητα, προωθώντας τη διαφάνεια και τη λογοδοσία. Επιπλέον, η εισαγωγή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (e-syntagografisi) εξορθολογίζει τις διαδικασίες συνταγογράφησης, ενισχύοντας την αποτελεσματικότητα, τον έλεγχο και τη συλλογή δεδομένων. Αυτή η προσπάθεια ψηφιοποίησης όχι μόνο εκσυγχρόνισε τις

υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, αλλά διευκόλυνε επίσης την έρευνα, ιδίως κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, επιτρέποντας στους πολίτες να έχουν αποτελεσματικότερη πρόσβαση σε φάρμακα και εξετάσεις.

Συνοψίζοντας, οι μεταρρυθμίσεις αυτές, με γνώμονα την ψηφιοποίηση και την υιοθέτηση της τεχνολογίας, έχουν τη δυνατότητα να εξοικονομήσουν χρόνο και πόρους, να ενισχύσουν την παραγωγικότητα και να προωθήσουν τη δημιουργία καινοτόμων υπηρεσιών και προϊόντων υγειονομικής περίθαλψης. Σε τελική ανάλυση, οι εξελίξεις αυτές ευθυγραμμίζονται με τον πρωταρχικό στόχο του Εθνικού Συστήματος Υγείας: τη διασφάλιση της βέλτιστης υγείας των πολιτών του (Rice, 2006).

2.2. Οι αδυναμίες

Πρόσφατη έρευνα που διεξήχθη από τη διαNEOσις, υπό την καθοδήγηση του Γιάννη Τούντα, έγκριτου καθηγητή Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής στο ΕΚΠΑ, ρίχνει φως στις προκλήσεις που αντιμετωπίζει το ελληνικό σύστημα υγείας. Ένας στους πέντε Έλληνες αναφέρει ότι δεν λαμβάνει τις απαραίτητες υπηρεσίες υγείας, όπως εξετάσεις, διαγνώσεις ή θεραπείες, όταν απαιτείται. Είναι ανησυχητικό ότι ένας στους τρεις καρκινοπαθείς αντιμετώπισε δυσκολίες πρόσβασης στους γιατρούς του, ενώ το ένα τέταρτο αυτών αντιμετώπισε εμπόδια στην απόκτηση βασικών φαρμάκων. Επιπλέον, το 60% των ατόμων με διαβήτη και υπέρταση αντιμετώπισε προβλήματα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας (iatronet.gr, 2020).

Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν τα βαθιά ριζωμένα προβλήματα στο ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας. Οι απαρχαιωμένες διοικητικές δομές, οι ανορθολογικές δαπάνες, η ανεπαρκής κατανομή των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης, η επιβάρυνση του ασφαλιστικού συστήματος και οι σημαντικές ιδιωτικές δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης έχουν συμβάλει συλλογικά σε ένα δυσλειτουργικό μοντέλο. Η ερευνητική ομάδα προτείνει μια ολοκληρωμένη λύση: ένα σύγχρονο, αποκεντρωμένο δημόσιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης με έμφαση στην κοινωνική ισότητα, την κλινική αποτελεσματικότητα και την οικονομική βιωσιμότητα. Σύμφωνα με τους εν λόγω εμπειρογνώμονες, η προτεινόμενη διαδικασία ανασυγκρότησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας μπορεί να εκτελεστεί με επιτυχία σε διάστημα τριών ετών (iatronet.gr, 2020).

Το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας αντιμετωπίζει αρκετές σημαντικές προκλήσεις. Η διάχυτη παραοικονομία και οι υπερβολικές ιδιωτικές δαπάνες αποτελούν συνεχή ζητήματα. Επιπλέον, η απουσία οργανωμένης πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, σε συνδυασμό με την έλλειψη σύγχρονων εγκαταστάσεων περίθαλψης, όπως η κατ' οίκον φροντίδα, η ημερήσια φροντίδα, τα κέντρα αποκατάστασης και οι μονάδες για χρονίως πάσχοντες ασθενείς, αποτελούν σημαντικό εμπόδιο. Το σύστημα παλεύει με την περιορισμένη υιοθέτηση νέων τεχνολογιών και αντιμετωπίζει οργανωτικά και διαχειριστικά προβλήματα λόγω παρωχημένων, άκρως συγκεντρωτικών δομών. Το εργατικό δυναμικό αντιμετωπίζει προκλήσεις που σχετίζονται με τη γήρανση και την κόπωση (iatronet.gr, 2020).

Όσον αφορά τους ανθρώπινους πόρους, η Ελλάδα παρουσιάζει μια ασυνήθιστη δυναμική του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Διαθέτει τον υψηλότερο αριθμό γιατρών και τον χαμηλότερο αριθμό νοσηλευτών ανά κάτοικο στην ΕΕ, με περίπου 1,3 νοσηλευτές ανά γιατρό. Παρά την ιατρική μετανάστευση, το ιατρικό δυναμικό της χώρας υπερδιπλασιάστηκε από το 2001 έως το 2016, με αποτέλεσμα να υπάρχουν πάνω από 65.000 γιατροί στην Ελλάδα το 2017. Υπάρχει πλεόνασμα ειδικών ιατρών, όπως χειρουργών, γυναικολόγων και παθολόγων, αλλά έλλειψη γενικών ιατρών, με ανάγκη για υπερδιπλάσιο αριθμό από τον σημερινό στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Είναι ανησυχητικό ότι ένας στους τέσσερις γιατρούς, που είναι μέλη του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, είναι είτε άνεργος είτε αυτοαπασχολούμενος. Σε αντίθεση με τις χώρες του ΟΟΣΑ όπου πάνω από το 10% του εργατικού δυναμικού απασχολείται στον τομέα της υγείας, στην Ελλάδα μόνο το 5,4% του εργατικού δυναμικού εργάζεται στον τομέα της υγείας (iatronet.gr, 2020).

Επί του παρόντος, υπάρχουν 277 νοσοκομεία στη χώρα, τα οποία περιλαμβάνουν 147 ιδιωτικά νοσοκομεία, 5 νοσοκομεία που λειτουργούν ως Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου και 125 Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, τα οποία είναι μέρος του ΕΣΥ. Επιπλέον, υπάρχουν 1.487 περιφερειακά ιατρεία σε αγροτικές περιοχές και 127 Τοπικές Μονάδες Υγείας σε αστικές περιοχές, που ιδρύθηκαν πρόσφατα. Οι μονάδες αυτές υπάγονται στην εποπτεία 7 Υγειονομικών Περιφερειών, οι οποίες έχουν κυρίως εποπτικό και συντονιστικό ρόλο. Είναι ανησυχητικό ότι έως και το ένα τρίτο των επειγουσών εισαγωγών στα γενικά νοσοκομεία και το 40% των ορθοπεδικών περιστατικών θα μπορούσαν δυνητικά να αντιμετωπιστούν από τις

υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, γεγονός που αναδεικνύει την αναποτελεσματικότητα του σημερινού συστήματος (iatronet.gr, 2020).

2.3. Η κατάσταση της υγείας στην Ελλάδα

Κατά την τελευταία δεκαετία, η Ελλάδα έχει υποστεί σημαντικό μετασχηματισμό του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, με στόχο τον εκσυγχρονισμό, την αποτελεσματικότητα και τη βιωσιμότητα. Αρχικά, εστιάζοντας σε διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις και μείωση του κόστους, οι πρόσφατες προσπάθειες επικεντρώθηκαν στη βελτίωση των αποτελεσμάτων, συμπεριλαμβανομένης της ολοκληρωμένης ασφαλιστικής κάλυψης υγείας για όλους τους κατοίκους και της δημιουργίας ενός λειτουργικού συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Προηγούμενες προκλήσεις όπως ο κατακερματισμός, η υπερβολική φαρμακευτική δαπάνη, οι αναποτελεσματικές προμήθειες και η αδύναμη πρωτοβάθμια περίθαλψη αντιμετωπίζονται (European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

Παρά το γεγονός ότι το προσδόκιμο ζωής της Ελλάδας εξακολουθεί να ξεπερνά τον μέσο όρο της ΕΕ, ο ρυθμός αύξησής του υστερεί σε σχέση με πολλά άλλα κράτη της ΕΕ. Το 2017, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ελλάδα ήταν 81,4 έτη, μισό χρόνο περισσότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ. Ωστόσο, από το 2000, ο ρυθμός αύξησης έχει επιβραδυνθεί, ιδίως για τις γυναίκες, με αποτέλεσμα το χάσμα μεταξύ των δύο φύλων να είναι περίπου πέντε έτη, σύμφωνα με τον μέσο όρο της ΕΕ. Οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες επηρεάζουν επίσης το προσδόκιμο ζωής- το 2016, τα άτομα με τριτοβάθμια εκπαίδευση παρουσίαζαν πλεονέκτημα 6 ετών στο προσδόκιμο ζωής έναντι των ατόμων με το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης για τους άνδρες, και διαφορά 2,4 ετών για τις γυναίκες, αν και οι διαφορές αυτές είναι χαμηλότερες από τους μέσους όρους της ΕΕ (European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

Παρά τη σημαντική μείωση των ποσοστών θνησιμότητας για τα εγκεφαλικά επεισόδια και τις καρδιακές παθήσεις από το 2000, αυτές παραμένουν οι κύριες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα. Τα ποσοστά καρκίνου του πνεύμονα, του παγκρέατος και του παχέος εντέρου παρέμειναν σταθερά ή αυξήθηκαν. Οι θάνατοι από διαβήτη και χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις έχουν αυξηθεί, υποδεικνύοντας πιθανές αδυναμίες στη φροντίδα χρόνιων ασθενειών. Η οικονομική κρίση είχε αξιοσημείωτες επιπτώσεις,

ιδίως στην ψυχική υγεία, εμφανείς στα αυξημένα ποσοστά αυτοκτονιών και στα επίπεδα σοβαρής κατάθλιψης (Economou et al., 2016).

Η βρεφική θνησιμότητα, ένας ευαίσθητος δείκτης που αντανακλά την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης και τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, παρουσίασε ανησυχητική τάση. Μετά από μια περίοδο μείωσης, αυξήθηκε, ξεπερνώντας τον μέσο όρο της ΕΕ, φθάνοντας τους 4,2 θανάτους ανά 1.000 γεννήσεις ζώντων το 2016, προτού μειωθεί ελαφρώς σε 3,5 το 2017 (λίγο κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ). Οι τάσεις αυτές υπογραμμίζουν την ανάγκη για συνεχείς προσπάθειες ενίσχυσης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης της Ελλάδας και αντιμετώπισης των συνεχιζόμενων προκλήσεων στον τομέα της υγείας (European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

Η Ελλάδα έχει αναδειχθεί σε σημαντικό σημείο εισόδου για τους πρόσφυγες, ιδίως για εκείνους που διαφεύγουν από τις συγκρούσεις στη Μέση Ανατολή, όπως η Αραβική Δημοκρατία της Συρίας. Η χώρα γνώρισε την κορύφωση της διέλευσης προσφύγων, με περίπου 1 εκατομμύριο άτομα το 2015. Από το 2016, οι πρόσφυγες δικαιούνται το ίδιο επίπεδο υπηρεσιών με τους Έλληνες πολίτες. Επιπλέον, οι αιτούντες άσυλο που πάσχουν από ειδικές παθήσεις, αναπηρίες ή διαμένουν σε μονάδες κοινωνικής φροντίδας έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες ανεξαρτήτως του νομικού τους καθεστώτος. Η υγεία αυτών των ευάλωτων ομάδων επηρεάζεται βαθιά από τις συνθήκες διαβίωσης, οδηγώντας σε κοινά προβλήματα υγείας, όπως γαστρεντερικές και αναπνευστικές διαταραχές, χρόνιες παθήσεις όπως ο διαβήτης και η υπέρταση, επιπλοκές που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, καθώς και σωματικά και ψυχολογικά τραύματα (European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

Επιπλέον, η Ελλάδα αντιμετωπίζει την πρόκληση της γήρανσης του πληθυσμού λόγω του αυξημένου προσδόκιμου ζωής και των χαμηλών ποσοστών γονιμότητας. Επί του παρόντος, πάνω από το ένα πέμπτο (22%) του πληθυσμού στην Ελλάδα είναι ηλικίας 65 ετών και άνω, ποσοστό που προβλέπεται να αυξηθεί σε πάνω από το ένα τρίτο (34%) έως το 2070. Όσον αφορά τα "έτη υγιούς ζωής", που μετρούν τα έτη που οι άνθρωποι μπορούν να αναμένουν να ζήσουν χωρίς αναπηρία, η Ελλάδα υπολείπεται του μέσου όρου της ΕΕ. Το 2017, το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών ήταν 20,1 έτη στην Ελλάδα, ελαφρώς υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ. Ωστόσο, τα άτομα στην Ελλάδα μπορούν να αναμένουν να ζήσουν μόνο το 40% περίπου αυτών των ετών χωρίς αναπηρία, σε σύγκριση με περίπου 50% στην

ΕΕ. Επιπλέον, το ποσοστό των Ελλήνων που δηλώνουν ότι δεν πάσχουν από χρόνιες παθήσεις (47%) ευθυγραμμίζεται με τον μέσο όρο της ΕΕ (46%), αλλά ένα μικρότερο ποσοστό αντιμετωπίζει περιορισμούς σε βασικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, όπως το ντύσιμο και το ντους (ένας στους εννέα Έλληνες ηλικίας 65 ετών και άνω, σε σύγκριση με έναν στους έξι στην ΕΕ) (European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

2.4. Παράγοντες κινδύνου

Πάνω από το 42% των θανάτων στην Ελλάδα μπορεί να αποδοθεί σε παράγοντες κινδύνου συμπεριφοράς, ποσοστό ελαφρώς υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ που είναι 39%. Οι παράγοντες αυτοί, όπως το κάπνισμα, οι κακές διατροφικές συνήθειες, η κατανάλωση αλκοόλ και η χαμηλή σωματική δραστηριότητα, επηρεάζουν σημαντικά τη δημόσια υγεία. Το 2017, το ένα πέμπτο των θανάτων οφειλόταν στο κάπνισμα, ενώ οι διατροφικοί κίνδυνοι και η χαμηλή σωματική δραστηριότητα μαζί ευθύνονταν για το 21% περίπου των θανάτων. Η κατανάλωση αλκοόλ συνέβαλε περίπου στο 4% των θανάτων (European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

Παρά τη μείωση των ποσοστών καθημερινού καπνίσματος μεταξύ των Ελλήνων ενηλίκων από το 2000, περισσότεροι από το ένα τέταρτο (27%) εξακολουθούσαν να αναφέρουν ότι κάπνιζαν καθημερινά το 2014, γεγονός που καθιστά την Ελλάδα τη δεύτερη υψηλότερη στην ΕΕ μετά τη Βουλγαρία. Οι άνδρες ήταν σημαντικά πιο πιθανό να καπνίζουν από ό,τι οι γυναίκες, με το 34% των ανδρών και το 21% των γυναικών να είναι καθημερινοί καπνιστές. Ενώ το κάπνισμα απαγορεύεται σε κλειστούς δημόσιους χώρους και τα εστιατόρια υποχρεούνται να διαθέτουν καθορισμένους χώρους καπνίσματος, δεν υπάρχει αποτελεσματική εφαρμογή αυτών των πολιτικών (World Health Organization, 2017).

Μεταξύ των εφήβων, περίπου το 20% των παιδιών ηλικίας 15 έως 16 ετών στην Ελλάδα ανέφεραν ότι κάπνιζαν τον τελευταίο μήνα το 2015, ποσοστό που έχει μειωθεί την τελευταία δεκαετία και είναι χαμηλότερο από ό,τι σε πολλές άλλες χώρες της ΕΕ. Ωστόσο, ένα ανησυχητικό ζήτημα δημόσιας υγείας στην Ελλάδα είναι ο υψηλός επιπολασμός του υπέρβαρου και της παχυσαρκίας, ιδίως μεταξύ των παιδιών. Σχεδόν ένας στους τέσσερις 15χρονους ήταν υπέρβαρος ή παχύσαρκος το 2013-14,

ποσοστό υψηλότερο από ό,τι σε όλες σχεδόν τις άλλες χώρες της ΕΕ. Μεταξύ των ενηλίκων, το ποσοστό παχυσαρκίας ήταν 17% το 2014, ξεπερνώντας τα ποσοστά σε αρκετές άλλες χώρες της Νότιας Ευρώπης (European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

Αυτά τα υψηλά ποσοστά παχυσαρκίας τόσο στα παιδιά όσο και στους ενήλικες επηρεάζονται από παράγοντες όπως η κακή διατροφή και η ανεπαρκής σωματική δραστηριότητα. Μόνο οι μισοί από τους ενήλικες ανέφεραν καθημερινή κατανάλωση φρούτων και το 60% κατανάλωνε καθημερινά λαχανικά, ποσοστά χαμηλότερα από πολλές χώρες της ΕΕ. Επιπλέον, μόλις ένας στους εννέα 15χρονους ανέφερε ότι ασκεί καθημερινά μέτρια σωματική δραστηριότητα, ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά μεταξύ των χωρών της ΕΕ. Σε μια πιο θετική σημείωση, πάνω από τα δύο τρίτα των ενηλίκων ανέφεραν ότι επιδίδονταν σε τουλάχιστον κάποια μέτρια σωματική δραστηριότητα εβδομαδιαίως το 2014 (European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

Τα ποσοστά υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ στην Ελλάδα είναι ιδιαίτερα χαμηλά σε σύγκριση με άλλες χώρες της ΕΕ, καθώς μόνο ένας στους δέκα ενήλικες αναφέρει υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, γεγονός που τον καθιστά ένα από τα χαμηλότερα επίπεδα στην ΕΕ. Οι άνδρες είναι πιο πιθανό να εμπλακούν σε κραιπάλη από ό,τι οι γυναίκες, με το 16% των ανδρών και το 5% των γυναικών να αναφέρουν τέτοια συμπεριφορά. Ωστόσο, η κατανάλωση αλκοόλ μεταξύ των 15-16χρονων έχει αυξηθεί στην Ελλάδα από το 1999, ιδίως μεταξύ των κοριτσιών. Για τα κορίτσια, τα ποσοστά αυξήθηκαν από 24% το 1999 σε 34% το 2015, ενώ για τα αγόρια αυξήθηκαν από 41% σε 43%. Οι τάσεις αυτές προκαλούν ανησυχίες λόγω του αυξημένου κινδύνου ατυχημάτων και τραυματισμών που συνδέονται με τη μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ (European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, ιδίως το εισόδημα, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στις ανισότητες στην υγεία στην Ελλάδα. Πολλοί παράγοντες κινδύνου συμπεριφοράς είναι πιο διαδεδομένοι μεταξύ ατόμων με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης ή εισοδήματος. Το 2014, το 32% των Ελλήνων ανδρών στο φτωχότερο εισοδηματικό πεμπτημόριο ανέφεραν καθημερινό κάπνισμα (σε σύγκριση με το 24% σε ολόκληρη την ΕΕ), ενώ το 25% των ατόμων με τα υψηλότερα εισοδήματα ασχολούνταν με το καθημερινό κάπνισμα (16% στην ΕΕ). Ομοίως, ένας στους πέντε ενήλικες που δεν είχαν ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση ήταν παχύσαρκος, σε σύγκριση με έναν στους επτά μεταξύ των ατόμων με τριτοβάθμια

εκπαίδευση. Αυτά τα υψηλότερα ποσοστά επικράτησης των παραγόντων κινδύνου μεταξύ των κοινωνικά μειονεκτουσών ομάδων συμβάλλουν στις ανισότητες στην υγεία και στις ανισότητες στο προσδόκιμο ζωής (European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

2.5. Το σύστημα υγείας

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα έχει υποστεί σημαντικό μετασχηματισμό, ο οποίος σηματοδοτήθηκε από την ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) το 2011. Ο οργανισμός αυτός διαχειρίζεται ένα ενιαίο ταμείο ασφάλισης υγείας και ενεργεί ως ο μοναδικός αγοραστής για τις δημόσια χρηματοδοτούμενες υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Ο ΕΟΠΥΥ συνάπτει επίσης συμβάσεις με ιδιωτικούς παρόχους, κυρίως για πρωτοβάθμια και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, καθώς και για διαγνωστικές υπηρεσίες. Το Υπουργείο Υγείας εποπτεύει τη συνολική ρύθμιση ολόκληρου του συστήματος, ενώ οι περιφερειακές αρχές αναμένεται να αναλάβουν μεγαλύτερο ρόλο στον συντονισμό της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αν και η τρέχουσα επιρροή τους είναι περιορισμένη λόγω ανεπαρκούς ισχύος και πόρων (European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

Κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα μειώθηκαν κατακόρυφα. Το 2017, η χώρα διέθεσε το 8% του ΑΕΠ της για την υγειονομική περίθαλψη, ποσό που αντιστοιχεί σε 1.623 ευρώ ανά άτομο (προσαρμοσμένο για τις διαφορές αγοραστικής δύναμης), σημαντικά χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ που είναι 2.884 ευρώ. Η μείωση αυτή ακολούθησε την κορύφωση των δαπανών σε 2.267 ευρώ ανά άτομο το 2008, ενώ μειώθηκαν κατά σχεδόν το ένα τρίτο τα επόμενα πέντε χρόνια. Μια πολιτική στο πλαίσιο του Προγράμματος Οικονομικής Προσαρμογής με στόχο τον περιορισμό των δημόσιων δαπανών υγείας και μια σημαντική μείωση των ΟΟΡ συνέβαλαν σε αυτή τη μείωση. Ειδικότερα, οι σπάταλες δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα, οι οποίες ήταν οι υψηλότερες στην ΕΕ το 2009, μειώθηκαν κατά ένα τρίτο, με αποτέλεσμα μειώσεις που ξεπέρασαν τα 2 δισεκατομμύρια ευρώ μεταξύ 2011 και 2014. Το 2017, οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία αντιπροσώπευαν μόλις το 5% του ΑΕΠ. Ωστόσο, η πραγματική αξία των δημόσιων παροχών υπερβαίνει τα επίσημα στοιχεία λόγω του

μηχανισμού clawback, ο οποίος επιτρέπει στον δημόσιο πληρωτή να παρέχει πρόσθετα αγαθά και υπηρεσίες πέραν των ανώτατων ορίων δαπανών, ενώ οι δαπάνες που υπερβαίνουν αυτά τα όρια ανακτώνται από τους παρόχους (European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

Ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης έλαβε ζωτικής σημασίας χρηματοδοτική στήριξη από τα Ευρωπαϊκά Διαρθρωτικά και Επενδυτικά Ταμεία (ΕΔΕΤ) και το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΕΤΠΑ). Στον γύρο χρηματοδότησης 2014-20, περίπου 545 εκατ. ευρώ διατέθηκαν για μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, με το ήμισυ από αυτά να κατευθύνεται στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (WHO, 2019). Το 2017, η πλειονότητα των δαπανών (42%) διατέθηκε στην ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, ακολουθούμενη από τα φαρμακευτικά προϊόντα (31%) και την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (22%). Περίπου το ήμισυ των δαπανών για φαρμακευτικά προϊόντα και εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες και το ένα τέταρτο των δαπανών για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη προήλθαν από πληρωμές OOP. Η Ελλάδα διέθεσε συγκριτικά ελάχιστα κονδύλια για την προληπτική περίθαλψη, μόλις 20 ευρώ ανά άτομο (σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ που είναι 89 ευρώ), που αντιστοιχούν στο 1,3% των συνολικών δαπανών υγείας, κατατάσσοντάς την μεταξύ των τριών τελευταίων κρατών μελών μαζί με την Κύπρο και τη Σλοβακία (European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

Σημαντικό μέρος των δαπανών υγείας στην Ελλάδα χρηματοδοτείται από τα νοικοκυριά, καθώς μόνο το 61% των συνολικών δαπανών προέρχεται από δημόσιες πηγές, γεγονός που καθιστά το ποσοστό αυτό το τέταρτο υψηλότερο στην ΕΕ. Οι υψηλές δαπάνες των νοικοκυριών, οι οποίες έφθασαν στο μέγιστο 37% το 2014, οφείλονται κυρίως στις συμμετοχές για φαρμακευτικά προϊόντα, στις άμεσες πληρωμές για υπηρεσίες εκτός του πακέτου παροχών, στις επισκέψεις σε ιδιώτες ειδικούς ιατρούς, στη νοσηλευτική φροντίδα και στην οδοντιατρική περίθαλψη. Επιπλέον, οι άτυπες πληρωμές αντιπροσωπεύουν περισσότερο από το ένα τέταρτο των δαπανών εκτός τσέπης, γεγονός που εγείρει ανησυχίες σχετικά με την ισότητα και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (WHO, 2018).

Στην Ελλάδα έχει θεσπιστεί καθολική κάλυψη, η οποία συνδέεται κυρίως με την εργασιακή κατάσταση μέσω της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης υγείας, παρέχοντας πρόσβαση σε ένα ενιαίο πακέτο παροχών που καλύπτει την πρωτοβάθμια περίθαλψη, τη διάγνωση, την εξειδικευμένη εξωνοσοκομειακή και

ενδονοσοκομειακή περίθαλψη. Ωστόσο, προέκυψαν προκλήσεις κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, ιδίως για τους ανέργους και τα εξαρτώμενα μέλη τους, με αποτέλεσμα πάνω από 2 εκατομμύρια άνθρωποι να μην μπορούν να έχουν πρόσβαση σε δημόσια χρηματοδοτούμενες υπηρεσίες μέχρι το 2015. Το ζήτημα αυτό επιλύθηκε το 2016 μέσω πρόσθετης χρηματοδότησης, εξασφαλίζοντας την καθολική κάλυψη των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των προηγουμένως ανασφάλιστων ομάδων κατοίκων και των εγγεγραμμένων μεταναστών στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας (European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

Παρά την επίτευξη της καθολικής κάλυψης, η Ελλάδα αντιμετωπίζει προκλήσεις στην κατανομή των πόρων υγειονομικής περίθαλψης. Υπάρχει έλλειψη μηχανισμών για τη βέλτιστη κατανομή των φυσικών και ανθρώπινων πόρων, με αποτέλεσμα την έντονη συγκέντρωση των υπηρεσιών στις αστικές περιοχές, ενώ οι αγροτικές περιοχές υποφέρουν από ελλείψεις τόσο σε εξειδικευμένο προσωπικό όσο και σε εγκαταστάσεις. Το 2017, η Ελλάδα διέθετε 4,2 νοσοκομειακές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους, ελαφρώς κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ που είναι 5,0. Επιπλέον, υπάρχει σημαντική ανισορροπία στην κατανομή του υγειονομικού προσωπικού, τόσο σε γεωγραφικό επίπεδο όσο και από άποψη μείγματος δεξιοτήτων. Η Ελλάδα έχει τον υψηλότερο αριθμό γιατρών ανά 1.000 κατοίκους στην ΕΕ, αλλά και τον χαμηλότερο αριθμό νοσηλευτών. Επιπλέον, το ποσοστό των γενικών γιατρών στην Ελλάδα είναι σημαντικά χαμηλότερο σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ, καθώς μόνο 1 στους 16 γιατρούς ασκεί το επάγγελμα του γενικού γιατρού, ενώ ο μέσος όρος της ΕΕ είναι 1 στους 4 (European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

2.6. Επιδόσεις του συστήματος υγείας

Η εστίαση στην πρόληψη και στις αποτελεσματικές στρατηγικές θεραπείας είναι επιτακτική ανάγκη για τη μείωση των θανάτων που μπορούν να αποφευχθούν. Η Ελλάδα διατηρεί σήμερα ποσοστό θνησιμότητας χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ για τις αιτίες που μπορούν να προληφθούν, αλλά παρόμοια ποσοστά για τις θεραπεύσιμες παθήσεις. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν σημαντικό μέρος των θανάτων που μπορούν να προληφθούν και να θεραπευτούν, αντιπροσωπεύοντας το 25% και το 38% αντίστοιχα. Οι ελλείψεις στη

διάγνωση και τη διαχείριση των ασθενών υψηλού κινδύνου, ιδίως εκείνων με ισχαιμική καρδιοπάθεια, συμβάλλουν σε αυτό το στατιστικό στοιχείο. Η Ελλάδα βρίσκεται στη διαδικασία δημιουργίας ενός ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης για την ενίσχυση της έγκαιρης και συντονισμένης θεραπείας των ατόμων με χρόνιες παθήσεις. Επιπλέον, ο καρκίνος του πνεύμονα, ο οποίος αποδίδεται σε ιστορικά υψηλά ποσοστά καπνίσματος, παραμένει ανησυχητικός, αποτελώντας το 30% των θανάτων που μπορούν να προληφθούν το 2016. Παρά την τήρηση της οδηγίας της ΕΕ για τον καπνό και των ολοκληρωμένων νόμων για τον έλεγχο του καπνού, η συμμόρφωση με τους κανονισμούς για το περιβάλλον χωρίς καπνό στις περισσότερες ελληνικές εγκαταστάσεις είναι ελλιπής (WHO, 2017). Παρόλο που έχει παρατηρηθεί κάποια μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος, οι προσπάθειες για την επιβολή αντικαπνιστικών εκστρατειών και τη συμμόρφωση με την υφιστάμενη νομοθεσία δεν αποτελούν προτεραιότητα. Επιπλέον, η Ελλάδα αντιμετωπίζει προκλήσεις που σχετίζονται με τους τραυματισμούς από τροχαία ατυχήματα, με τη χώρα να έχει το έκτο υψηλότερο ποσοστό θανάτων στην ΕΕ το 2016 (9 ανά 100.000, σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ που είναι 6 ανά 100.000).

Ενώ υπήρξε σημαντική μείωση των θανάτων που σχετίζονται με την οδική κυκλοφορία κατά την τελευταία δεκαετία, λόγω της στροφής προς πιο προσιτές επιλογές μεταφοράς και της αύξησης των τιμών της βενζίνης κατά 50% κατά τη διάρκεια της κρίσης, η μείωση αυτή σταμάτησε από το 2014. Όσον αφορά τη θνησιμότητα από θεραπεύσιμες αιτίες, τα ποσοστά της Ελλάδας το 2016 υπερέβαιναν ελαφρώς τον μέσο όρο της ΕΕ (95 και 93 ανά 100.000 κατοίκους, αντίστοιχα). Είναι ανησυχητικό το γεγονός ότι υπάρχουν στοιχεία που υποδηλώνουν αντιστροφή της μείωσης των ποσοστών θνησιμότητας από θεραπεύσιμα αίτια στην Ελλάδα τη δεκαετία του 2000, η οποία αφορά τόσο τους άνδρες όσο και τις γυναίκες (Karaniolos et al., 2018). Πιθανοί λόγοι αυτής της αντιστροφής περιλαμβάνουν τη μειωμένη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και προϋπάρχοντα συστημικά ζητήματα, όπως η κατακερματισμένη κάλυψη, οι υποανάπτυκτες εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης, οι ανεπαρκείς μηχανισμοί παραπομπής και η έλλειψη συντονισμού της περίθαλψης σε διάφορες οδούς.

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τους θεραπεύσιμους καρκίνους (συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του μαστού, του παχέος εντέρου και του τραχήλου της μήτρας) στην Ελλάδα στερείται συστηματικής εφαρμογής και

παρουσιάζει σημαντικές ανισότητες στην πρόσληψη που σχετίζονται με το μορφωτικό επίπεδο. Οι θεραπεύσιμοι καρκίνοι συμβάλλουν στο ένα τέταρτο των θανάτων από παθήσεις που επιδέχονται θεραπεία. Η απουσία πληθυσμιακών ή συστηματικών προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο έχει ως αποτέλεσμα την άνιση πρόσβαση σε προληπτικές εξετάσεις. Για παράδειγμα, το 2014, το 76% του πληθυσμού-στόχου υποβλήθηκε σε προληπτικές εξετάσεις για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας εντός των τριών προηγούμενων ετών (σε σύγκριση με το 66% στην ΕΕ). Ωστόσο, εννέα στις δέκα γυναίκες με τριτοβάθμια εκπαίδευση υποβλήθηκαν σε προληπτικό έλεγχο, σε αντίθεση με έξι στις δέκα γυναίκες που δεν είχαν ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Ομοίως, το 60% των γυναικών ηλικίας 50-69 ετών υποβλήθηκε σε μαστογραφικό έλεγχο (παρόμοιο με τον μέσο όρο της ΕΕ). Ωστόσο, περισσότερες από τέσσερις στις πέντε γυναίκες με τριτοβάθμια εκπαίδευση υποβλήθηκαν σε προληπτικό έλεγχο, ενώ μόνο τρεις στις πέντε γυναίκες χωρίς δευτεροβάθμια εκπαίδευση συμμετείχαν. Επιπλέον, η Ελλάδα αντιμετωπίζει προκλήσεις στην ακριβή εκτίμηση της επιβάρυνσης από τον καρκίνο λόγω της απουσίας εθνικού μητρώου καρκίνου. Αυτή η έλλειψη ολοκληρωμένων δεδομένων εμποδίζει την αξιόπιστη εκτίμηση των ποσοστών επιβίωσης ενηλίκων για θεραπεύσιμες και άλλες μορφές καρκίνου, περιορίζοντας την κατανόηση του συνολικού τοπίου του καρκίνου στη χώρα.

Η Ελλάδα διατηρεί ποσοστά εμβολιασμού υψηλότερα από αυτά που παρατηρούνται στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Η χώρα διαθέτει εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμού, επιτυγχάνοντας εμβολιαστική κάλυψη που ξεπερνά τόσο τους μέσους όρους της ΕΕ όσο και το όριο του 95% που συνιστά ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας για τα παιδιά προκειμένου να διατηρηθεί η ανοσία της αγέλης. Ωστόσο, τα πρόσφατα κρούσματα ιλαράς υποδεικνύουν υφιστάμενα κενά στην κάλυψη. Ενώ τα ποσοστά εμβολιασμού των ηλικιωμένων ατόμων κατά της γρίπης υπερβαίνουν τον μέσο όρο της ΕΕ, υπολείπονται του στόχου του ΠΟΥ για 75%. Η Ελλάδα αντιμετωπίζει προκλήσεις στην παρακολούθηση της ασφάλειας των ασθενών και της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Υπάρχει έλλειψη διεθνώς συγκρίσιμων δεδομένων σχετικά με κρίσιμους δείκτες ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των αποφεύξιμων νοσηλειών και της θνησιμότητας μετά τη νοσηλεία για συγκεκριμένες παθήσεις. Η συνεχιζόμενη πανελλαδική εφαρμογή των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης αναμένεται να ενισχύσει την αποτελεσματικότητα της υγειονομικής περίθαλψης στον τομέα αυτό, υπό την

προϋπόθεση της επιτυχούς εκτέλεσης και των επαρκών πόρων. Στον τομέα της νοσοκομειακής περίθαλψης, τα επίμονα ζητήματα περιλαμβάνουν ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα λοιμώξεων που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη. Περίπου ένας στους δέκα ασθενείς αναπτύσσει τέτοιες λοιμώξεις, σηματοδοτώντας το υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ, το οποίο είναι διπλάσιο από τον μέσο όρο της ΕΕ (Suetens et al., 2018). Επιπλέον, η Ελλάδα φέρει το δεύτερο υψηλότερο φορτίο λοιμώξεων που προκαλούνται από βακτήρια ανθεκτικά στα αντιβιοτικά στην ΕΕ, οδηγώντας σε περισσότερους από 1.600 θανάτους ετησίως (Cassini et al., 2019). Ως απάντηση, το Υπουργείο Υγείας συνεργάστηκε με ιατρικούς συλλόγους για την εισαγωγή και διάδοση κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων. Οι πρωτοβουλίες αυτές αποσκοπούν στη βελτίωση της συνολικής ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης.

Το 2017, η Ελλάδα παρουσίασε τα δεύτερα υψηλότερα ποσοστά μη καλυπτόμενων ιατρικών αναγκών στην Ευρωπαϊκή Ένωση, πίσω μόνο από την Εσθονία. Ένα στα δέκα νοικοκυριά ανέφερε ότι δεν μπορούσε να έχει πρόσβαση στις απαραίτητες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Αξίζει να σημειωθεί ότι σχεδόν ένα στα πέντε νοικοκυριά στο χαμηλότερο εισοδηματικό πεμπτημόριο αντιμετώπιζε ανεκπλήρωτες ανάγκες, ενώ το ζήτημα αυτό αφορούσε μόνο το 3% των πλουσιότερων νοικοκυριών, υποδεικνύοντας το μεγαλύτερο χάσμα εισοδηματικής ανισότητας στην Ευρώπη. Είναι ενθαρρυντικό ότι το 2017 σημειώθηκε μείωση των συνολικών ανεκπλήρωτων αναγκών, τερματίζοντας μια εξαετή ανοδική τάση (WHO, 2019a).

Το κύριο εμπόδιο που εμποδίζει την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης είναι το κόστος. Μεταξύ των νοικοκυριών με ανεκπλήρωτες ανάγκες (10% του συνόλου), το 80% προσδιόρισε το κόστος ως το κύριο εμπόδιο. Η Ελλάδα παλεύει με εξαιρετικά υψηλές πληρωμές OOP, που αποτελούν το 35% των δαπανών υγείας, διπλάσιες από τον μέσο όρο της ΕΕ. Το υψηλό αυτό κόστος αποδίδεται σε μεγάλο βαθμό στη ζήτηση που προκαλείται από τους προμηθευτές. Οι φαρμακευτικές δαπάνες αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών OOP (13%), ακολουθούμενες από τις πληρωμές για νοσοκομειακές υπηρεσίες (11%). Αξίζει να σημειωθεί ότι η δημόσια νοσοκομειακή περίθαλψη είναι δωρεάν, γεγονός που καθιστά εκπληκτικές τις σημαντικές δαπάνες για ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες. Αν και ορισμένες από αυτές τις δαπάνες μπορεί να αφορούν ιδιωτικές νοσοκομειακές υπηρεσίες, έμμεσα στοιχεία δείχνουν ότι οι άτυπες πληρωμές είναι επίσης

διαδεδομένες στα δημόσια νοσοκομεία. Για παράδειγμα, τα στοιχεία για τις καταστροφικές δαπάνες που σχετίζονται με τις δαπάνες υγείας αποκαλύπτουν σημαντικές δαπάνες για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, ιδίως μεταξύ της φτωχότερης εισοδηματικής ομάδας, γεγονός που υποδηλώνει ότι πραγματοποιούνται πληρωμές στη δημόσια παρεχόμενη ενδονοσοκομειακή περίθαλψη (WHO, 2018).

Οι προσπάθειες για τη μείωση των κρατικών δαπανών για φαρμακευτικά προϊόντα έχουν μεταφέρει το κόστος στους ασθενείς. Η μέση συμμετοχή στο κόστος των φαρμακευτικών προϊόντων αυξήθηκε από 13% το 2012 σε 18% το 2013. Επιπλέον, η μέση επιβάρυνση των ασθενών ανά συνταγή αυξήθηκε κατά δύο τρίτα μεταξύ 2011 και 2014. Το 2014 εισήχθη πάγια χρέωση 1 ευρώ ανά συνταγή, με εξαιρέσεις για συγκεκριμένες παθήσεις, άτομα/οικογένειες με πολύ χαμηλό εισόδημα (που κερδίζουν κάτω από 2.400 ευρώ/ 3.600 ευρώ ετησίως) και άτομα με χρόνιες παθήσεις που κερδίζουν κάτω από 6.000 ευρώ ετησίως. Οι ασθενείς υποχρεούνται επίσης να πληρώνουν τη διαφορά μεταξύ της λιανικής τιμής και της τιμής αποζημίωσης, έως το ανώτατο όριο των 20 ευρώ ανά συσκευασία, κατά περίπτωση (European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

Η Ελλάδα αντιμετώπισε σημαντικές προκλήσεις το 2017 σχετικά με τις δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη OOP, οι οποίες ήταν από τις υψηλότερες στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Οι πληρωμές OOP αντιπροσώπευαν το 4,2% του προϋπολογισμού των νοικοκυριών, ξεπερνώντας σημαντικά τον μέσο όρο της ΕΕ που ήταν 2,2%. Αυτή η μεγάλη εξάρτηση από τις πληρωμές OOP για τη χρηματοδότηση της υγείας δημιούργησε ανισότητες στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Ταυτόχρονα, εντός του πληθυσμού που χρησιμοποιεί υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα, το ποσοστό των καταστροφικών δαπανών -που ξεπερνούσαν το 40% του εισοδήματος του νοικοκυριού- αυξήθηκε από 7% το 2010 σε 10% το 2016. Το ποσοστό αυτό, το τέταρτο υψηλότερο στην ΕΕ, αποκάλυψε ένα πιεστικό ζήτημα, ιδίως για τις ευάλωτες ομάδες. Αξίζει να σημειωθεί ότι σχεδόν το 80% αυτών των καταστροφικών δαπανών επωμίστηκε το φτωχότερο 40% των νοικοκυριών, υπογραμμίζοντας την επείγουσα ανάγκη για ισχυρούς μηχανισμούς προστασίας των ευάλωτων πληθυσμών και των ατόμων με σημαντικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης, ιδίως κατά τη διάρκεια οικονομικών κρίσεων (European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

Η επικράτηση των άτυπων πληρωμών επιδείνωσε περαιτέρω το πρόβλημα. Οι πληρωμές αυτές, που αποτελούσαν περίπου το ένα τέταρτο όλων των δαπανών OOP,

δημιουργούσαν σημαντικά εμπόδια στην πρόσβαση, την οικονομική προστασία και την ισότητα στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Μια πρόσφατη έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας προσδιόρισε ότι οι περισσότερες άτυπες πληρωμές προέρχονταν από ασθενείς που αναζητούσαν ταχεία ή ανώτερη περίθαλψη, απαιτήσεις από παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και έλλειψη ενημέρωσης σχετικά με τα δικαιώματα, ιδίως μεταξύ ατόμων με χαμηλότερο εισόδημα και ατόμων που κατοικούν σε αγροτικές περιοχές. Η αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων απαιτεί ολοκληρωμένες στρατηγικές για την ενίσχυση των μηχανισμών οικονομικής προστασίας και τη διασφάλιση ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα (European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

Η Ελλάδα έχει δημιουργήσει ένα ολοκληρωμένο πακέτο παροχών στο πλαίσιο του ενιαίου φορέα ασφάλισης υγείας, του ΕΟΠΥΥ, μετά τη συγχώνευση των διαφόρων ταμείων ασφάλισης υγείας το 2011. Η ενοποίηση αυτή εξορθολογίζει και τυποποιεί το καλάθι παροχών, παρέχοντας ένα αρκετά ευρύ φάσμα υπηρεσιών, ενισχύοντας έτσι την ισότητα στην κάλυψη. Ωστόσο, η διαδικασία αυτή περιελάμβανε την αφαίρεση ή τη μείωση ορισμένων προηγουμένως καλυπτόμενων υπηρεσιών, ορισμένες από τις οποίες είχαν περιορισμένη θεραπευτική αξία. Ταυτόχρονα, επιβλήθηκαν περιορισμοί στον αριθμό των χρηματοδοτούμενων από τον ΕΟΠΥΥ συμβουλών ανά ιατρό για τον περιορισμό της υπερθεραπείας. Ενώ το μέτρο αυτό αποσκοπούσε στη μείωση των περιττών ιατρικών διαδικασιών, ενδέχεται να είχε ως αποτέλεσμα οι ασθενείς είτε να καθυστερήσουν την αναγκαία περίθαλψη είτε να αναζητήσουν ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας (European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

Παρά το εύρος του πακέτου παροχών, η πραγματική διαθεσιμότητα των υπηρεσιών ενδέχεται να διακυβεύεται. Για παράδειγμα, λόγω της απουσίας λειτουργικών συμβάσεων μεταξύ του ΕΟΠΥΥ και των οδοντιάτρων, η οδοντιατρική περίθαλψη χρηματοδοτείται κατά κύριο λόγο από την τσέπη των ασθενών. Οι ανισοροπίες στην κατανομή των πόρων υγειονομικής περίθαλψης και του προσωπικού επιδεινώνουν τις περιφερειακές ανισότητες. Ορισμένες περιοχές διαθέτουν έως και τρεις φορές περισσότερους γιατρούς και νοσηλευτές από άλλες. Μια έρευνα που διεξήχθη το 2014 αποκάλυψε ότι μόνο το 3% των κατοίκων των πόλεων αντιμετώπιζε δυσκολίες πρόσβασης στην αναγκαία περίθαλψη λόγω απόστασης ή έλλειψης μεταφορικού μέσου, ενώ το ποσοστό αυτό ανήλθε στο 13%

για τους κατοίκους της υπαίθρου. Η περίπλοκη γεωγραφία της Ελλάδας, που χαρακτηρίζεται από νησιά και απομακρυσμένες περιοχές, ώθησε στη δημιουργία ενός προγράμματος ηλεκτρονικής υγείας (τηλεϊατρικής) πριν από αρκετές δεκαετίες. Σε μια σημαντική εξέλιξη, το έργο του Εθνικού Δικτύου Τηλεϊατρικής ολοκληρώθηκε το 2016, ενσωματώνοντας 43 μονάδες τηλεϊατρικής που συνδέουν 30 κέντρα υγείας στα νησιά του Αιγαίου με 12 νοσοκομεία στην περιοχή της πρωτεύουσας. Εξοπλισμένες με κάμερες και διαγνωστικά εργαλεία, αυτές οι μονάδες τηλεϊατρικής προσφέρουν πρόσβαση σε διάφορους ειδικούς, όπως καρδιολόγους, ογκολόγους και επαγγελματίες ψυχικής υγείας (European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

Οι δημόσιες δαπάνες της Ελλάδας για την υγειονομική περίθαλψη έχουν επηρεαστεί σημαντικά από τους δημοσιονομικούς περιορισμούς, ιδίως μετά την έξοδό της από το Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής τον Αύγουστο του 2018. Πριν από την οικονομική κρίση, το ελληνικό σύστημα υγείας έπασχε από κατακερματισμό και ανεπαρκή διακυβέρνηση, με αποτέλεσμα την αναποτελεσματικότητα και την υπερβολική ζήτηση. Για τον περιορισμό του κόστους και τη μείωση των άσκοπων δαπανών, το Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής, που ίσχυε έως το 2018, εφάρμοσε πολιτικές για τον έλεγχο των δαπανών. Η κυβέρνηση διατήρησε ένα ανώτατο όριο στις δημόσιες δαπάνες υγείας στο 6% του ΑΕΠ και εφάρμοσε μειώσεις σε ολόκληρο τον τομέα της υγείας. Κατά συνέπεια, οι κατά κεφαλήν δημόσιες δαπάνες υγείας μειώθηκαν σημαντικά, σημειώνοντας κατακόρυφη πτώση από 1.388 ευρώ το 2009 σε 820 ευρώ το 2017. Παρόλο που υπήρξε μια προσωρινή ώθηση το 2016, η επακόλουθη αύξηση έμεινε στάσιμη, με τον εκτιμώμενο κρατικό προϋπολογισμό για την υγεία το 2019 να ανέρχεται σε περίπου 9,1 δισ. ευρώ, που αντιστοιχεί σε ποσοστό λίγο κάτω του 5% του ΑΕΠ. Επιπλέον, οι αυτόματες επιστροφές, που θεσπίστηκαν για την αντιμετώπιση της ζήτησης που προκαλείται από την προσφορά, προσέθεσαν επιπλέον 1% του ΑΕΠ ετησίως στους δημόσιους πόρους που διατίθενται για την υγειονομική περίθαλψη. Αυτό το δημοσιονομικό τοπίο είναι ζωτικής σημασίας, καθώς η Ελλάδα υποχρεούται να διατηρήσει δημοσιονομικό πλεόνασμα 3,5% τουλάχιστον έως το 2022 μετά την έξοδό της από το πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής. Κατά συνέπεια, η αύξηση των δημόσιων δαπανών υγείας αναμένεται να περιοριστεί από τους δημοσιονομικούς περιορισμούς, διατηρώντας ενδεχομένως τις δαπάνες εκτός τσέπης βραχυπρόθεσμα (European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

Επιπλέον, ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης αντιμετώπισε προκλήσεις λόγω της σημαντικής μετανάστευσης εργαζομένων στον τομέα της υγείας, με περισσότερους από 1.000 γιατρούς ετησίως να αναζητούν ευκαιρίες σε άλλες χώρες της ΕΕ μεταξύ 2011 και 2016. Το πάγωμα των προσλήψεων προσωπικού, που ξεκίνησε στο πλαίσιο των μέτρων δημοσιονομικής εξυγίανσης, επιδείνωσε τις ελλείψεις προσωπικού. Ωστόσο, η πολιτική αυτή χαλαρώθηκε τον Φεβρουάριο του 2019, επιτρέποντας τη μετάβαση σε μια αναλογία 1:1 μεταξύ προσλήψεων και αποχωρήσεων. Η αλλαγή αυτή επιτρέπει την προγραμματισμένη πρόσληψη 10.000 επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων 4.000 γιατρών και 6.000 νοσηλευτών, τα επόμενα τέσσερα χρόνια. Οι προσλήψεις αυτές αποσκοπούν στην αντιμετώπιση των ελλείψεων όχι μόνο στον ταχέως αναπτυσσόμενο τομέα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αλλά και σε κρίσιμους τομείς, όπως η εντατική θεραπεία, οι εγκαταστάσεις επειγόντων περιστατικών, τα ογκολογικά τμήματα και τα διαγνωστικά κέντρα (European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

Το Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής στην Ελλάδα έδωσε έμφαση στη μείωση των δημόσιων δαπανών, ιδίως στα φαρμακευτικά προϊόντα και τις υπηρεσίες, χρησιμοποιώντας στρατηγικές όπως ανώτατα όρια κόστους, επιστροφές και εκπτώσεις. Το 2010, η δημόσια δαπάνη για τα εξωνοσοκομειακά φαρμακευτικά προϊόντα κορυφώθηκε στα 4,8 δισ. ευρώ, η υψηλότερη στην ΕΕ όσον αφορά την αναλογία του ΑΕΠ. Στη συνέχεια, μειώθηκε σημαντικά, φθάνοντας τα 2 δισ. ευρώ το 2014, και έκτοτε έχει σταθεροποιηθεί κοντά στον μέσο όρο της ΕΕ. Η σταθερότητα αυτή οφείλεται στη θέσπιση αυστηρών ορίων δαπανών (1,95 δισ. ευρώ από το 2016-18), με τις φαρμακευτικές εταιρείες να αντιμετωπίζουν μηχανισμούς επιστροφής (clawback) σε περίπτωση υπέρβασης των ορίων αυτών. Παρόλο που η φαρμακευτική δαπάνη και η κατανάλωση των αποζημιούμενων φαρμάκων από τους ασθενείς εξακολουθούν να υπερβαίνουν το ανώτατο όριο, οδηγώντας σε σημαντικές τιμές clawback και rebate, έχουν εφαρμοστεί προσπάθειες εξορθολογισμού της φαρμακευτικής δαπάνης. Τα μέτρα αυτά περιλαμβάνουν σημαντικές μειώσεις στις χονδρικές τιμές των φαρμάκων με βάση την τιμολόγηση αναφοράς, την ηλεκτρονική συνταγογράφηση με τη χρήση διεθνών μη ιδιόκτητων ονομασιών (International Nonproprietary Names, INN), την αντικατάσταση γενόσημων από τους φαρμακοποιούς, την τροποποίηση των τελών χρήσης και τις προσπάθειες περιορισμού της κατανάλωσης (European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

Η Ελλάδα έχει επίσης προσχωρήσει στη "Διακήρυξη της Βαλέτας", μια συμμαχία των νότιων κρατών μελών της ΕΕ, με στόχο τη συλλογική διαπραγμάτευση των τιμών των φαρμάκων με τη βιομηχανία. Για να ενισχύσει τη χρήση των γενοσήμων, η Ελλάδα έθεσε στόχο 60% το 2017 για τις συνταγές με INN για τα φάρμακα που χορηγούνται στα εξωτερικά ιατρεία. Παρά τα διάφορα υποστηρικτικά μέτρα, το μερίδιο των γενοσήμων στην Ελλάδα ανήλθε στο 27% το 2017, που εξακολουθεί να είναι ένα από τα χαμηλότερα στην ΕΕ. Σε μια θετική εξέλιξη για την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, η Ελλάδα δημιούργησε το 2018 τον οργανισμό της για την αξιολόγηση της τεχνολογίας της υγείας. Ο εν λόγω οργανισμός είναι αρμόδιος για την αναθεώρηση του καταλόγου των αποζημιούμενων φαρμάκων και τη λήψη αποφάσεων σχετικά με νέες εντάξεις, ενισχύοντας τις προσπάθειες αξιολόγησης της τεχνολογίας υγείας (European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

Στον τομέα της χρηματοδότησης των νοσοκομείων, το αρχικό Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής της Ελλάδας περιέγραφε την επιτακτική ανάγκη μετάβασης από τις πληρωμές ανά ημέρα σε συστήματα πληρωμών βάσει προοπτικών και περιπτώσεων εντός ενός έτους. Αυτή η στρατηγική στροφή αποσκοπούσε στην ενίσχυση της λειτουργικής αποτελεσματικότητας και στη βελτιστοποίηση της κατανομής των πόρων. Ξεκινώντας από το 2011, οι προσπάθειες για την εφαρμογή πληρωμών βάσει ομάδων που σχετίζονται με τη διάγνωση επέβαλαν πολλαπλές αναθεωρήσεις προκειμένου να διασφαλιστεί η ευθυγράμμισή τους με το πραγματικό κόστος. Η αναμενόμενη για το 2019 πρώτη ολοκληρωμένη έκδοση των ελληνικών ομάδων που σχετίζονται με τη διάγνωση, συνοδευόμενη από οδικό χάρτη για την πλήρη εφαρμογή τους κατά την επόμενη πενταετία, αποτελεί σημαντικό ορόσημο (European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

Ιστορικά, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Ελλάδας έχει δώσει δυσανάλογα μεγάλη έμφαση στη νοσοκομειακή και εξειδικευμένη περίθαλψη, παραμελώντας συχνά την ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια περίθαλψη. Παρά τις αρκετές ανεπιτυχείς προσπάθειες, η μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης το 2017 στράφηκε προς την παροχή άμεσης πρόσβασης σε βασικές, υψηλής ποιότητας υπηρεσίες. Η καθιέρωση ενός ισχυρού συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης με αποτελεσματικές λειτουργίες φύλαξης αποτελεί μακροπρόθεσμο στόχο. Οι επενδύσεις σε υποδομές και εργατικό δυναμικό βρίσκονται σε εξέλιξη για την

ενίσχυση των υπηρεσιών πρόληψης και την παροχή φροντίδας των ασθενών σε πιο κατάλληλες συνθήκες (European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

Τα τελευταία χρόνια, η Ελλάδα έχει ενισχύσει την ικανότητά της να παρακολουθεί διάφορες πτυχές των επιδόσεων του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Η εφαρμογή πολλαπλών μέσων και απαιτήσεων υποβολής εκθέσεων που σχετίζονται με τις μεταρρυθμίσεις που επιβάλλει το Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής έχει ενισχύσει τη διαφάνεια και τη λογοδοσία, ιδίως όσον αφορά τις προμήθειες φαρμάκων και νοσοκομείων. Ωστόσο, η Ελλάδα εξακολουθεί να υστερεί σε σχέση με πολλά ευρωπαϊκά έθνη όσον αφορά τη συμμετοχή των ασθενών και την παρακολούθηση των αποτελεσμάτων που σχετίζονται με το σύστημα υγείας. Ο στρατηγικός σχεδιασμός, ένας τομέας που απαιτεί μεγαλύτερη προσοχή, είναι κομβικής σημασίας. Στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης πραγματοποιήθηκαν ταχείες και σημαντικές μεταρρυθμίσεις, οι οποίες καθιστούν αναγκαία την κατάρτιση ενός συνολικού σχεδίου υψηλού επιπέδου. Ένα τέτοιο σχέδιο θα επέτρεπε στους αρχιτέκτονες των μεταρρυθμίσεων να αξιολογήσουν κριτικά τα προηγούμενα επιτεύγματα και να τα αξιοποιήσουν στρατηγικά. Επιπλέον, η διακυβέρνηση θα μπορούσε να ενισχυθεί μέσω της ακριβούς οριοθέτησης στρατηγικών, τεκμηριωμένων στόχων και της ενίσχυσης της τεχνικής εμπειρογνομosύνης (European Commission, 2019).

3. Η διεθνής εμπειρία των ανεκπλήρωτων υγειονομικών αναγκών

3.1. Ανεκπλήρωτες ανάγκες για υγειονομική περίθαλψη

Το έτος 2019, ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) ηλικίας 15 ετών και άνω, περίπου το 25,5%, που χρειαζόταν υγειονομική περίθαλψη, ανέφερε ότι οι ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης δεν είχαν καλυφθεί λόγω οικονομικών περιορισμών, γεωγραφικών αποστάσεων ή προβλημάτων μεταφοράς και λίστες αναμονής. Το ποσοστό αυτό διέφερε μεταξύ των κρατών

μελών της ΕΕ, με το χαμηλότερο ποσοστό να είναι 5,8% στην Κύπρο και το υψηλότερο 39,9% στην Πορτογαλία (Eurostat, 2022).

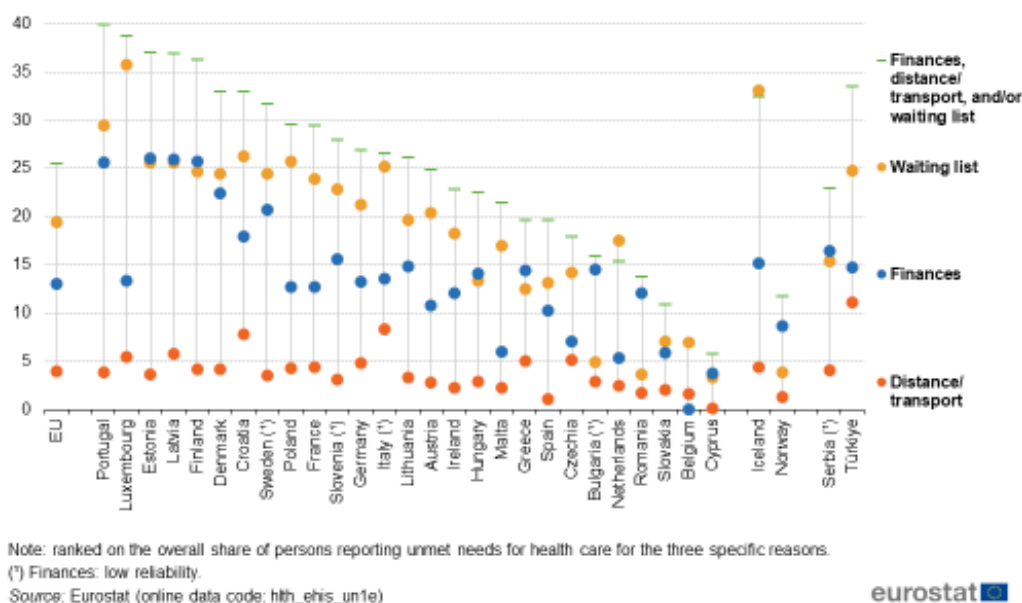
Στις Ηνωμένες Πολιτείες, το ποσοστό των ατόμων όλων των ηλικιακών ομάδων που ανέβαλαν ή απείχαν από την αναγκαία ιατρική θεραπεία λόγω οικονομικών περιορισμών παρουσίασε μείωση από 11,4% το 2009 σε 7,2% το 2016. Ωστόσο, η τάση αυτή αντιστράφηκε, με αύξηση στο 8,3% το 2018. Στη συνέχεια, το 2019, το 8,5% του πληθυσμού απέφυγε ή ανέβαλε την απαραίτητη ιατρική περίθαλψη κατά τους προηγούμενους 12 μήνες λόγω οικονομικών λόγων (U.S. Department of Health & Human Services, 2023).

Κατά την εξέταση των συγκεκριμένων λόγων για τη μη λήψη της απαραίτητης υγειονομικής περίθαλψης στην ΕΕ το 2019, οι λίστες αναμονής ήταν ο πιο συχνά αναφερόμενος λόγος, που αφορούσε το 19,4% των ατόμων ηλικίας 15 ετών και άνω, ακολουθούμενος από τους οικονομικούς περιορισμούς σε ποσοστό 13,0% και από τις γεωγραφικές αποστάσεις ή τα ζητήματα μεταφοράς σε ποσοστό 4,0%. Το μοτίβο αυτό ήταν συνεπές σε 19 κράτη μέλη της ΕΕ, καθώς και στην Ισλανδία και την Τουρκία. Ωστόσο, στα υπόλοιπα οκτώ κράτη μέλη της ΕΕ (Βουλγαρία, Εσθονία, Ελλάδα, Κύπρος, Ουγγαρία, Λετονία, Ρουμανία και Φινλανδία), καθώς και στη Νορβηγία και τη Σερβία (με χαμηλότερη αξιοπιστία), οι οικονομικοί περιορισμοί ήταν ο πιο συχνά αναφερόμενος λόγος (Eurostat, 2022).

Μεταξύ αυτών των τριών λόγων, τα ζητήματα απόστασης ή μεταφοράς αναφέρονταν λιγότερο συχνά ως το κύριο εμπόδιο για την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ, εκτός από το Βέλγιο (Eurostat, 2022).

Το 2019, σε αρκετές χώρες παρατηρήθηκε υψηλό ποσοστό ανεκπλήρωτων αναγκών υγειονομικής περίθαλψης λόγω λιστών αναμονής, το οποίο ξεπέρασε το 25,0% στο Λουξεμβούργο (με το υψηλότερο ποσοστό μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ στο 35,8%), την Πορτογαλία, την Κροατία, την Πολωνία, τη Λετονία, την Εσθονία, την Ιταλία και την Ισλανδία (στο 33,1%). Παρομοίως, ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων ανέφερε ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης λόγω οικονομικών περιορισμών, ξεπερνώντας το 20,0% στην Εσθονία (με το υψηλότερο ποσοστό στο 26,0%), τη Λετονία, τη Φινλανδία, την Πορτογαλία, τη Δανία και τη Σουηδία (με χαμηλότερη αξιοπιστία). Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης λόγω απόστασης ή προβλημάτων μεταφοράς ξεπέρασαν το 5,0% στην Ιταλία (με το υψηλότερο ποσοστό μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ στο 8,3%), την

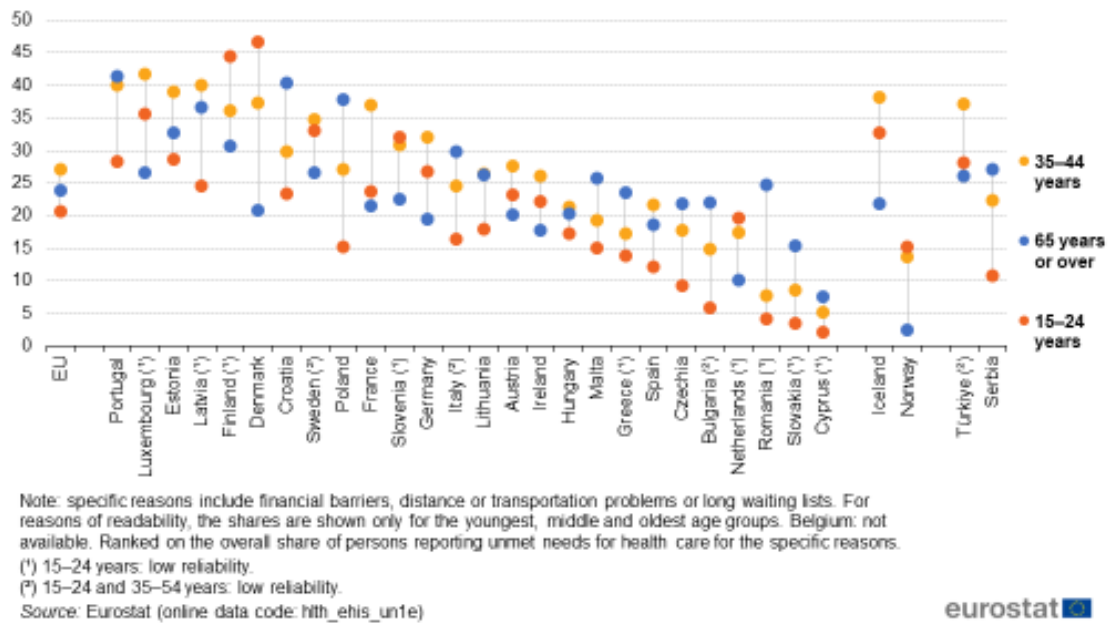
Κροατία, τη Λετονία, το Λουξεμβούργο, την Τσεχία και την Ελλάδα, ενώ ακόμη υψηλότερα ποσοστά παρατηρήθηκαν στην Τουρκία, στο 11,1% (Eurostat, 2022).



Εικόνα 1 Ποσοστό ατόμων ηλικίας 15 ετών και άνω που αναφέρουν ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης, ανά συγκεκριμένο λόγο, 2019 (%)

https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_un1e/default/table?lang=en

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση το 2019, τα άτομα ηλικίας 35-44 και 45-64 ετών που χρειάζονταν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης είχαν γενικά περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης λόγω οικονομικών περιορισμών, γεωγραφικών αποστάσεων ή προβλημάτων μεταφοράς και λίστες αναμονής. Και για τις δύο αυτές ηλικιακές ομάδες, το ποσοστό ανεκπλήρωτων αναγκών ανήλθε σε 27,1%. Αντίθετα, το ποσοστό ήταν 20,6% για τα άτομα ηλικίας 15-24 ετών, 26,6% για τα άτομα ηλικίας 25-34 ετών και 23,9% για τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω. Για λόγους σαφήνειας, στην Εικόνα 2 παρουσιάζονται αυτά τα ποσοστά για τις νεότερες, τις μεσαίες και τις μεγαλύτερες από αυτές τις ηλικιακές ομάδες (Eurostat, 2022).



Εικόνα 2 Ποσοστό ατόμων που αναφέρουν ανεκπλήρωτες ανάγκες για υγειονομική περίθαλψη λόγω οικονομικών εμποδίων, προβλημάτων απόστασης ή μεταφοράς ή λίστες αναμονής, ανά επιλεγμένες ηλικιακές ομάδες, 2019 (%)

https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_un1e/default/table?lang=en

Η εξέταση των επιμέρους κρατών μελών της ΕΕ αποκαλύπτει ότι το 2019, το υψηλότερο ποσοστό του πληθυσμού με ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης λόγω των τριών προαναφερθέντων λόγων ποικίλλει σε διάφορες ηλικιακές ομάδες, αποκλίνοντας από το πρότυπο σε επίπεδο ΕΕ σε έξι κράτη μέλη (Eurostat, 2022):

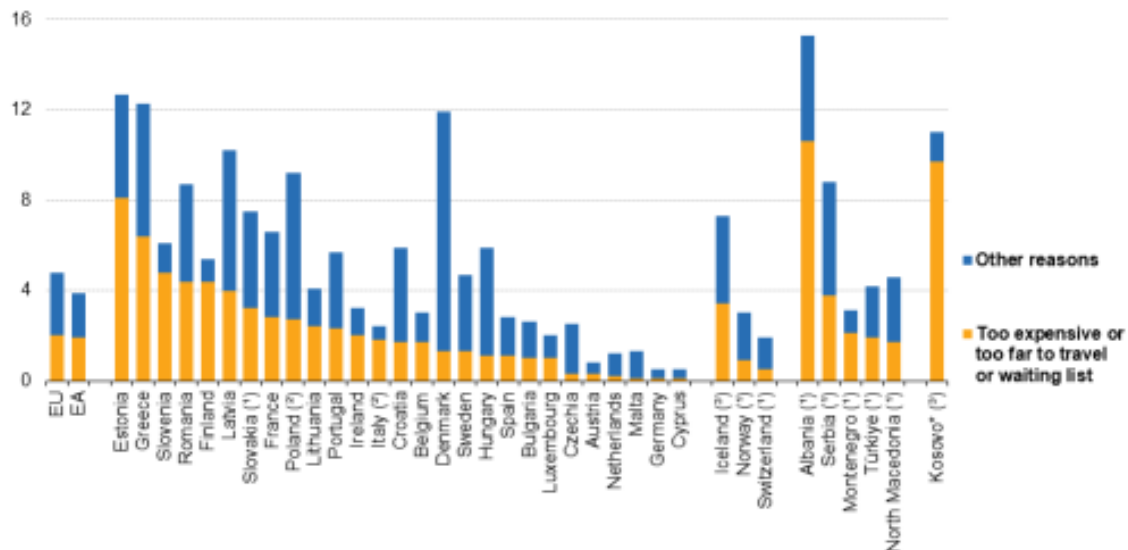
- i. Στη Σλοβενία και τη Φινλανδία (αμφότερες με χαμηλότερη αξιοπιστία), το υψηλότερο ποσοστό αφορούσε τη νεότερη ηλικιακή ομάδα (15-24 ετών).
- ii. Στη Δανία, την Εσθονία, την Ιρλανδία, τη Γαλλία, το Λουξεμβούργο, την Ουγγαρία, τις Κάτω Χώρες, την Αυστρία (με το ίδιο ποσοστό με την ηλικιακή ομάδα 35-44 ετών) και τη Σουηδία, το υψηλότερο ποσοστό ήταν μεταξύ των ατόμων ηλικίας 25-34 ετών. Αυτό το μοτίβο παρατηρήθηκε επίσης στην Ισλανδία και τη Νορβηγία.
- iii. Στη Γερμανία και την Αυστρία (με το ίδιο ποσοστό με την ηλικιακή ομάδα 25-34 ετών), το υψηλότερο ποσοστό ήταν μεταξύ των ατόμων ηλικίας 35-44 ετών. Αυτό συνέβη και στην Τουρκία (με χαμηλότερη αξιοπιστία).
- iv. Στην Ισπανία, τη Λετονία, τη Λιθουανία και την Πορτογαλία, το υψηλότερο ποσοστό ήταν μεταξύ των ατόμων ηλικίας 45-64 ετών.

- ν. Στη Βουλγαρία, την Τσεχία, την Ελλάδα, την Κροατία, την Ιταλία, την Κύπρο, τη Μάλτα, την Πολωνία, τη Ρουμανία και τη Σλοβακία, το υψηλότερο ποσοστό ήταν μεταξύ της μεγαλύτερης ηλικιακής ομάδας, των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω. Το ίδιο μοτίβο ακολούθησε και η Σερβία.

Όταν εξετάζονται όλες οι ηλικιακές ομάδες (δεν περιορίζονται σε αυτές που παρουσιάζονται στην εικόνα 2), η Δανία παρουσίασε τις πιο σημαντικές διαφορές στα ποσοστά μεταξύ των ηλικιακών ομάδων, ενώ η Κύπρος παρουσίασε τις μικρότερες διαφορές (Eurostat, 2022).

3.2. Ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρική εξέταση ή θεραπεία

Το έτος 2021, συνολικά το 4,8% του πληθυσμού της Ευρωπαϊκής Ένωσης ανέφερε ότι αντιμετώπιζε ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρικές εξετάσεις ή θεραπείες, εφεξής αναφερόμενες ως "ιατρική περίθαλψη". Το ποσοστό αυτό ποικίλλει μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ, με το χαμηλότερο ποσοστό να είναι 0,5% στην Κύπρο και τη Γερμανία και το υψηλότερο 12,7% στην Εσθονία. Όσον αφορά τους λόγους που σχετίζονται με την οργάνωση και τη λειτουργία των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, όπως ότι είναι πολύ δαπανηρές, απαιτούν υπερβολικά ταξίδια ή αντιμετωπίζουν μακρές λίστες αναμονής, το 2,0% του πληθυσμού της ΕΕ ανέφερε ανεκπλήρωτες ανάγκες. Το ποσοστό αυτό κυμάνθηκε από 0,1% στη Γερμανία, την Κύπρο και τη Μάλτα έως 8,1% στην Εσθονία (βλ. Εικόνα 3) (Eurostat, 2022).



* This designation is without prejudice to positions on status, and is in line with UNSCR 1244/1999 and the ICJ Opinion on the Kosovo Declaration of Independence.

(*) 2020.

(*) Provisional.

(*) 2018.

Source: Eurostat (online data code: hlth_silc_08)

eurostat

Εικόνα 3 Ποσοστό ατόμων ηλικίας 16 ετών και άνω που αναφέρουν ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρική εξέταση ή θεραπεία, 2021 (%)

https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_silc_08/default/table?lang=en

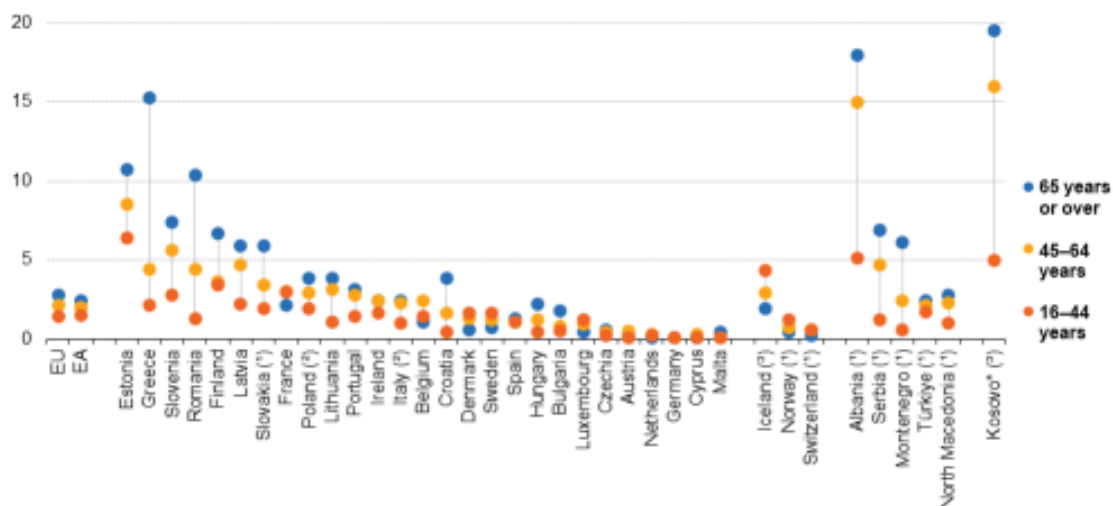
Στην Ευρωπαϊκή Ένωση το 2021, οι δύο πιο διαδεδομένοι πρωταρχικοί λόγοι για τις ανεκπλήρωτες ανάγκες σε ιατρική περίθαλψη ήταν το υπερβολικά υψηλό κόστος και οι μακρές λίστες αναμονής. Μαζί, αυτοί οι δύο λόγοι αποτελούσαν το 40% του συνόλου των ατόμων που ανέφεραν ανεκπλήρωτες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης. Όταν λαμβάνεται υπόψη το σύνολο του πληθυσμού της έρευνας, αυτό μεταφράζεται σε 1,0% για λόγους που σχετίζονται με το κόστος και 0,9% για τις λίστες αναμονής. Οι επόμενοι πιο συχνά αναφερόμενοι πρωταρχικοί λόγοι ήταν η επιλογή να περιμένουν και να δουν αν το ζήτημα βελτιωθεί από μόνο του (0,4% του πληθυσμού) και ο φόβος (0,3% του πληθυσμού). Λιγότερο συχνές εξηγήσεις ήταν η έλλειψη χρόνου (0,2%) ή η υπερβολική απόσταση για να ταξιδέψει κανείς (0,1%). Επιπλέον, εκτός από τους συγκεκριμένους πρωταρχικούς λόγους που αναφέρθηκαν, ένα άλλο 1,9% του πληθυσμού ανέφερε απροσδιόριστους λόγους για τις ανεκπλήρωτες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης (Eurostat, 2022).

Το κόστος της ιατρικής περίθαλψης ήταν ο επικρατέστερος ειδικός λόγος για τις ανεκπλήρωτες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης σε αρκετές χώρες της ΕΕ, όπως το Βέλγιο, η Βουλγαρία, η Ελλάδα, η Γαλλία, η Ιταλία, η Κύπρος, η Λετονία, το Λουξεμβούργο, η Αυστρία, η Πορτογαλία και η Ρουμανία. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα

ποσοστά για τον λόγο αυτό στην Κύπρο και την Αυστρία ήταν αρκετά χαμηλά, στο 0,1%, το οποίο ισοδυναμούσε με έναν ή περισσότερους πρόσθετους λόγους. Το κόστος της ιατρικής περίθαλψης ήταν επίσης ο κύριος λόγος στην Ισλανδία, το Μαυροβούνιο, την Αλβανία, την Τουρκία (Eurostat, 2022).

Οι λίστες αναμονής που προκαλούσαν καθυστερήσεις στην ιατρική περίθαλψη ήταν ο κυριότερος ειδικός λόγος που αναφέρθηκε για τις ανεκπλήρωτες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης στην Εσθονία, την Ιρλανδία, την Ισπανία, τη Λιθουανία, την Πολωνία, τη Σλοβενία, τη Σλοβακία, τη Φινλανδία και τη Σουηδία το 2021. Αυτό το μοτίβο παρατηρήθηκε επίσης στη Νορβηγία και τη Σερβία (Eurostat, 2022).

Η επιλογή της αναμονής και της παρακολούθησης της κατάστασης για να διαπιστωθεί εάν βελτιώνεται ανεξάρτητα ήταν ο κύριος ειδικός λόγος για τις ανεκπλήρωτες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης στην Τσεχία, τη Δανία, τη Γερμανία, την Κροατία, την Ουγγαρία, τη Μάλτα και τις Κάτω Χώρες. Αξίζει να σημειωθεί ότι το ποσοστό για αυτόν τον λόγο στη Γερμανία ήταν αρκετά χαμηλό, 0,1%, το οποίο ισοδυναμούσε με έναν άλλο λόγο. Αυτός ο λόγος ήταν επίσης ο πιο συχνά αναφερόμενος στην Ελβετία και τη Βόρεια Μακεδονία (Eurostat, 2022).



Note: ranked on the overall share of persons reporting unmet needs for medical examination or treatment due to being too expensive, too far to travel or waiting lists.

* This designation is without prejudice to positions on status, and is in line with UNSCR 1244/1999 and the ICJ Opinion on the Kosovo Declaration of Independence.

(*) 2020.

(†) Provisional.

(‡) 2018.

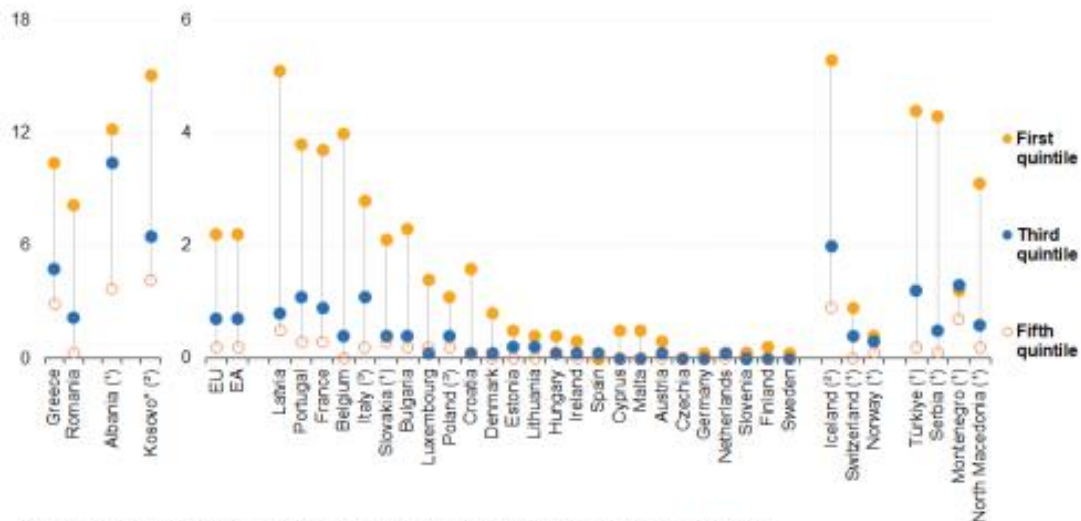
Source: Eurostat (online data code: hlth_silc_08)

eurostat

Εικόνα 4 Ποσοστό ατόμων ηλικίας 16 ετών και άνω που αναφέρουν ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρική εξέταση ή θεραπεία λόγω υπερβολικού κόστους, μεγάλης απόστασης ή λίστες αναμονής, ανά ηλικία, 2021 (%) https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_silc_08/default/table?lang=en

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση το 2021, το ποσοστό των νεότερων ατόμων (ηλικίας 16-44 ετών) που ανέφεραν ανεκπλήρωτες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης για λόγους όπως το κόστος, η απόσταση ταξιδιού ή οι λίστες αναμονής ήταν 1,4%. Το ποσοστό αυτό αυξήθηκε σε 2,1% για τα άτομα ηλικίας 45-64 ετών και περαιτέρω σε 2,8% για τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω. Σε πολλά κράτη μέλη της ΕΕ, η ηλικία ήταν παράγοντας που σχετιζόταν με τις ανεκπλήρωτες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης για τους λόγους αυτούς, αν και δεν παρατηρήθηκε κάποιο σταθερό πρότυπο (Εικόνα 4) (Eurostat, 2022).

Σε γενικές γραμμές, όταν τα κράτη μέλη της ΕΕ παρουσίαζαν ένα σχετικά μεγάλο εύρος, όπως αναλύθηκε ανά ηλικιακή ομάδα, στο ποσοστό των ατόμων που ανέφεραν ανεκπλήρωτες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης το 2021 λόγω παραγόντων όπως το κόστος, η απόσταση ταξιδιού ή οι λίστες αναμονής, αυτό έδειξε ότι τα χαμηλότερα ποσοστά ήταν μεταξύ των νεότερων ατόμων, ενώ τα υψηλότερα ποσοστά ήταν μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων. Η τάση αυτή είναι ιδιαίτερα εμφανής στην Ελλάδα και τη Ρουμανία, όπου τα ποσοστά για τα ηλικιωμένα άτομα ήταν σημαντικά υψηλότερα, κατά 13,2 και 9,1 ποσοστιαίες μονάδες αντίστοιχα, σε σύγκριση με τα νεότερα άτομα. Στις περιπτώσεις όπου η διαφορά των ποσοστών μεταξύ των ηλικιακών ομάδων ήταν σχετικά μικρή, το πρότυπο ήταν λιγότερο ευδιάκριτο. Η τάση αυτή παρατηρήθηκε επίσης στις περισσότερες χώρες μη μέλη για τις οποίες παρουσιάστηκαν στοιχεία στην εικόνα 4. Εξάιρεση σε αυτό το μοτίβο αποτέλεσε η Ισλανδία (με βάση τα στοιχεία του 2018), η οποία εμφάνισε ένα σχετικά ευρύ φάσμα, με το χαμηλότερο ποσοστό μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων και το υψηλότερο μεταξύ των νεότερων ατόμων (Eurostat, 2022).



Note: different scales are used in the two parts of the figure. For reasons of readability, the shares are shown only for the first, third and fifth quintiles. Ranked on the overall share of persons reporting unmet needs for medical examination or treatment due to being too expensive.

* This designation is without prejudice to positions on status, and is in line with UNSCR 1244/1999 and the ICJ Opinion on the Kosovo Declaration of Independence.

(*) 2020.

(*) 2018.

(*) Provisional.

Source: Eurostat (online data code: hlth_silc_08)

eurostat

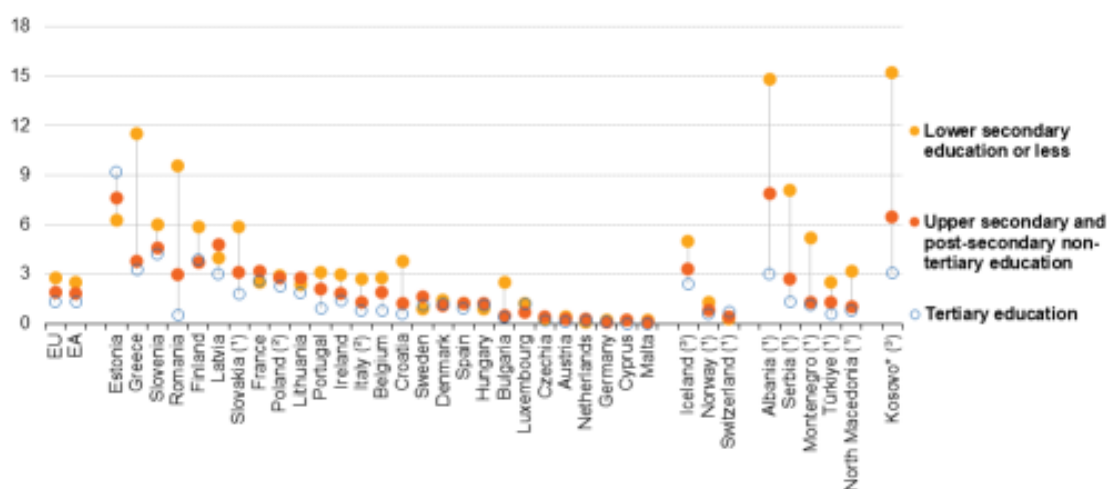
Εικόνα 5 Ποσοστό ατόμων ηλικίας 16 ετών και άνω που αναφέρουν ότι οι ανάγκες για ιατρικές εξετάσεις και θεραπείες δεν καλύπτονται επειδή είναι πολύ ακριβές, ανά πεμπτημόριο εισοδήματος, 2021 (%) https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_silc_08/default/table?lang=en

Όταν εστιάζουμε ειδικά στα έξοδα ως τον κύριο λόγο για τις ανεκπλήρωτες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ), γίνεται φανερό ότι η πιθανότητα να αναφέρει ένα άτομο τέτοιες ανάγκες είναι αντιστρόφως ανάλογη με το επίπεδο του εισοδήματός του. Το 2021, μεταξύ των ατόμων ηλικίας 16 ετών και άνω στην ΕΕ, το 2,2% των ατόμων που ανήκαν στο χαμηλότερο πεμπτημόριο εισοδήματος (το χαμηλότερο 20% των εισοδηματιών) ανέφεραν ανεκπλήρωτες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης λόγω κόστους. Το ποσοστό αυτό μειώθηκε προοδευτικά σε όλα τα πεμπτημόρια εισοδήματος, με 1,4% στο δεύτερο πεμπτημόριο, 0,7% στο τρίτο (μεσαίο) πεμπτημόριο, 0,4% στο τέταρτο πεμπτημόριο και 0,2% στο υψηλότερο πεμπτημόριο εισοδήματος (το ανώτερο 20% των εισοδηματιών) (Eurostat, 2022).

Η εικόνα 5 απεικονίζει το ποσοστό των ατόμων που αναφέρουν ανεκπλήρωτες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης λόγω κόστους και τη σχέση του με το εισόδημα. Για λόγους σαφήνειας, το σχήμα εμφανίζει τα ποσοστά μόνο για το χαμηλότερο, το μεσαίο και το υψηλότερο πεμπτημόριο εισοδήματος (Eurostat, 2022).

Στα περισσότερα κράτη μέλη της ΕΕ, παρατηρήθηκε παρόμοιο μοτίβο όπως και στην ΕΕ συνολικά: τα υψηλότερα ποσοστά ατόμων με ανεκπλήρωτες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης λόγω κόστους βρέθηκαν στο πρώτο πεμπτημόριο εισοδήματος και τα χαμηλότερα ποσοστά στο πέμπτο πεμπτημόριο εισοδήματος, με το τρίτο πεμπτημόριο εισοδήματος να βρίσκεται στο ενδιάμεσο. Υπήρχαν τρεις εξαιρέσεις το 2021, οι οποίες αφορούσαν μικρές διαφοροποιήσεις με πολύ χαμηλά ποσοστά (που κυμαίνονταν από 0,0% έως 0,2%) (Eurostat, 2022):

- Στο Λουξεμβούργο και τη Σλοβενία, τα ποσοστά των ατόμων στο μεσαίο πεμπτημόριο εισοδήματος με ανεκπλήρωτες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης λόγω κόστους ήταν χαμηλότερα από τα αντίστοιχα ποσοστά για τα άτομα στο υψηλότερο πεμπτημόριο.
- Στην Ισπανία, το ποσοστό των ατόμων στο μεσαίο πεμπτημόριο εισοδήματος με ανεκπλήρωτες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης λόγω κόστους ήταν υψηλότερο από το αντίστοιχο ποσοστό για τα άτομα στο χαμηλότερο πεμπτημόριο.



Note: ranked on the overall share of persons reporting unmet needs for medical examination or treatment due to being too expensive, too far to travel or waiting lists.

* This designation is without prejudice to positions on status, and is in line with UNSCR 1244/1999 and the ICJ Opinion on the Kosovo Declaration of Independence.

(*) 2020.

(†) Provisional.

(‡) 2018.

Source: Eurostat (online data code: hlth_silc_14)

eurostat

Εικόνα 6 Ποσοστό ατόμων ηλικίας 16 ετών και άνω που αναφέρουν ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρική εξέταση ή θεραπεία λόγω υπερβολικού κόστους, μεγάλης απόστασης ή λίστες αναμονής, ανά επίπεδο εκπαίδευσης, 2021 (%)

https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_silc_14/default/table?lang=en

Η τελική ανάλυση σχετικά με το ποσοστό του πληθυσμού που αντιμετωπίζει ανεκπλήρωτες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης λόγω παραγόντων όπως το κόστος, η

απόσταση ή οι λίστες αναμονής βασίζεται σε τρεις διαφορετικές ομάδες μορφωτικού επιπέδου, όπως απεικονίζεται στην Εικόνα 6 (Eurostat, 2022).

Το έτος 2021, εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), το 1,3% των ατόμων που είχαν ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση ανέφεραν ότι αντιμετωπίζουν ανεκπλήρωτες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης λόγω απαγορευτικού κόστους, υπερβολικών αποστάσεων ταξιδιού ή παρατεταμένων περιόδων αναμονής. Συγκριτικά, τα άτομα με ανώτερη δευτεροβάθμια ή μεταδευτεροβάθμια μη τριτοβάθμια εκπαίδευση είχαν αντίστοιχο ποσοστό 1,9%, ενώ τα άτομα με το πολύ κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση ήταν 2,8% (Eurostat, 2022).

Αυτή η επικρατούσα τάση, σύμφωνα με την οποία υψηλότερο ποσοστό ατόμων με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο (κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση ή κατώτερη) ανέφεραν ανεκπλήρωτες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης για τους συγκεκριμένους λόγους, παρατηρήθηκε σε 16 κράτη μέλη της ΕΕ. Ειδικότερα, το πρότυπο αυτό ήταν ιδιαίτερα έντονο στην Ελλάδα και τη Ρουμανία. Παρόμοια κατάσταση παρατηρήθηκε στην Ισπανία, την Κύπρο και το Λουξεμβούργο (Eurostat, 2022).

Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι σε αυτές τις χώρες, το ποσοστό των ατόμων με εκπαίδευση που δεν ξεπερνούσε την κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση και αντιμετώπιζε ανεκπλήρωτες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης ήταν το χαμηλότερο σε σχέση με τουλάχιστον ένα άλλο επίπεδο εκπαίδευσης (Eurostat, 2022).

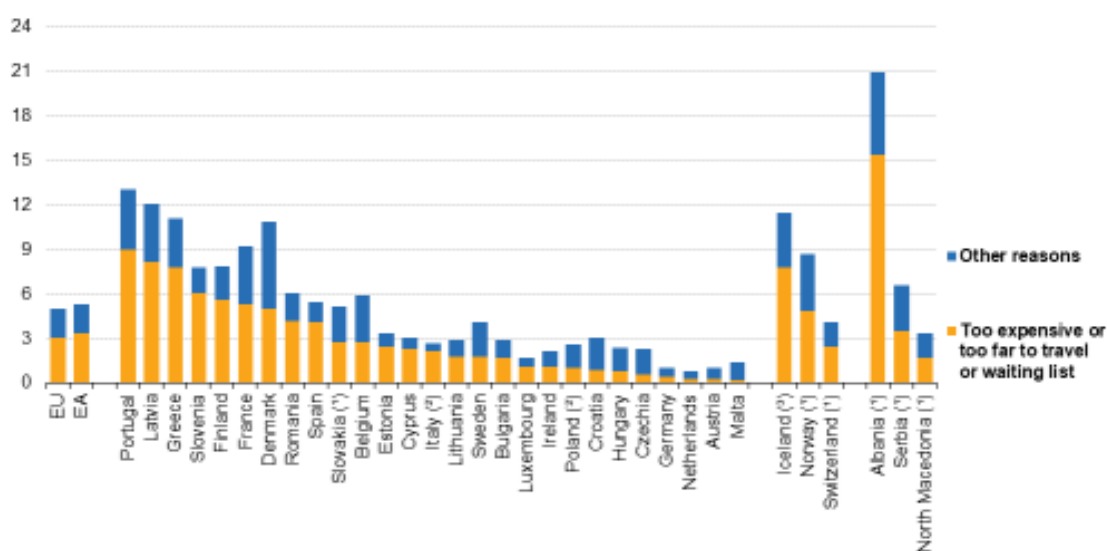
Αντίθετα, στην Τσεχία, τη Γαλλία, τη Λετονία, τη Λιθουανία, την Ουγγαρία, τις Κάτω Χώρες και τη Σουηδία, τα άτομα με μέτριο επίπεδο εκπαίδευσης (ανώτερη δευτεροβάθμια και μεταδευτεροβάθμια μη τριτοβάθμια εκπαίδευση) παρουσίασαν το υψηλότερο ποσοστό ανεκπλήρωτων αναγκών ιατρικής περίθαλψης για τους συγκεκριμένους λόγους (Eurostat, 2022).

Η Εσθονία, από την άλλη πλευρά, αναδείχθηκε ως το μοναδικό κράτος μέλος της ΕΕ όπου παρατηρήθηκε το αντίθετο σενάριο από την τάση σε ολόκληρη την ΕΕ. Στην Εσθονία, τα άτομα με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης (τριτοβάθμια εκπαίδευση) ανέφεραν το υψηλότερο ποσοστό ανεκπλήρωτων αναγκών ιατρικής περίθαλψης για τους συγκεκριμένους λόγους, ενώ τα άτομα με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης είχαν τα χαμηλότερα αναφερόμενα ποσοστά (Eurostat, 2022).

3.3. Ανικανοποίητες ανάγκες για οδοντιατρική εξέταση και θεραπεία

Το έτος 2021, το 5,0% του πληθυσμού της Ευρωπαϊκής Ένωσης είχε ανεκπλήρωτες ανάγκες για οδοντιατρική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένων των εξετάσεων και των θεραπειών. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο επιπολασμός των ανεκπλήρωτων αναγκών οδοντιατρικής περίθαλψης υπερβαίνει ελαφρώς αυτόν που παρατηρείται για τη γενική ιατρική περίθαλψη. Αυτή η διαφορά στον πληθυσμό με ανεκπλήρωτες ανάγκες οδοντιατρικής περίθαλψης κυμάνθηκε από το χαμηλό 0,8% στις Κάτω Χώρες έως το υψηλό 13,1% στην Πορτογαλία (Eurostat, 2022).

Όταν εξετάζονται αποκλειστικά οι παράγοντες που σχετίζονται με την οργάνωση και τη λειτουργία των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, όπως το κόστος, η απόσταση ταξιδιού και οι λίστες αναμονής, το 3,1% του πληθυσμού της ΕΕ ανέφερε ότι αντιμετώπιζε ανεκπλήρωτες ανάγκες. Το ποσοστό αυτό παρουσίαζε διακυμάνσεις μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ, κυμαινόμενο από λιγότερο από 1,0% στη Μάλτα, την Αυστρία, τις Κάτω Χώρες, τη Γερμανία, την Τσεχία, την Ουγγαρία και την Κροατία έως 7,8% στην Ελλάδα, 8,2% στη Λετονία και 9,0% στην Πορτογαλία, όπως απεικονίζεται στην Εικόνα 7 (Eurostat, 2022).



(*) 2020.

(*) Provisional.

(*) 2018.

Source: Eurostat (online data code: hth_sic_22)

eurostat

Εικόνα 7 Ποσοστό ατόμων ηλικίας 16 ετών και άνω που αναφέρουν ανεκπλήρωτες ανάγκες για οδοντιατρική εξέταση ή θεραπεία, 2021 (%)

https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_silc_22/default/table?lang=en

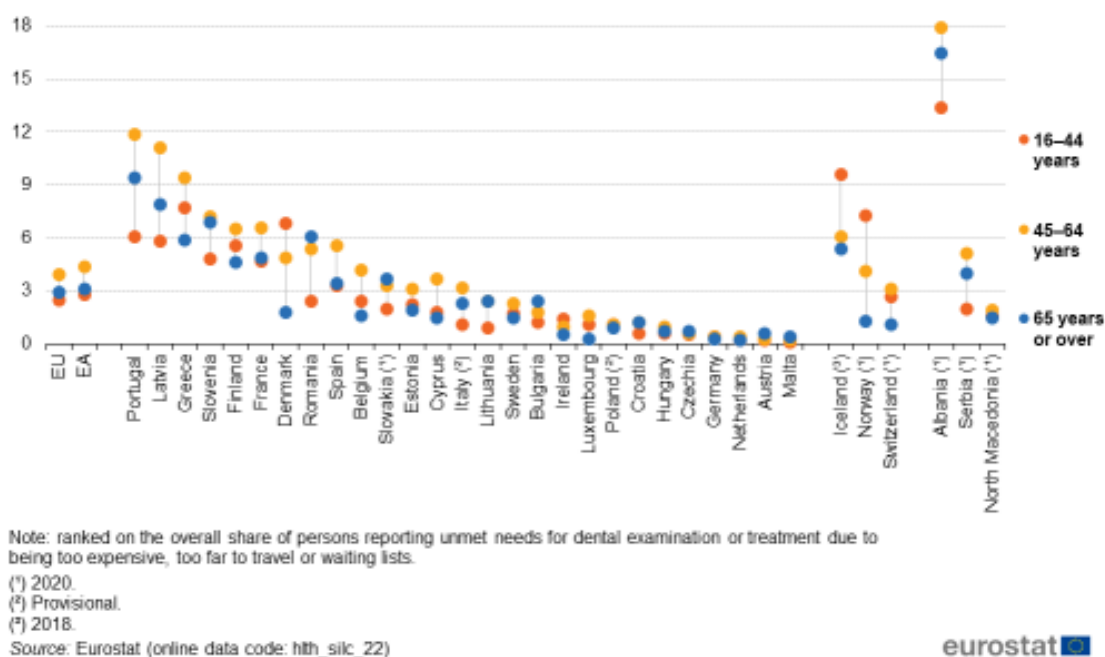
Το έτος 2021, η κυρίαρχη πρωταρχική αιτία των ανεκπλήρωτων αναγκών οδοντιατρικής περίθαλψης στην Ευρωπαϊκή Ένωση ήταν το απαγορευτικά υψηλό κόστος, όπως ανέφερε το 2,6% των ατόμων ηλικίας 16 ετών και άνω. Αυτό αποτελούσε λίγο περισσότερο από το ήμισυ του συνολικού μεριδίου των λόγων για τις ανεκπλήρωτες ανάγκες οδοντιατρικής περίθαλψης. Μετά τις ανησυχίες που σχετίζονται με το κόστος, οι επόμενοι πιο συχνά αναφερόμενοι πρωταρχικοί λόγοι για τις ανεκπλήρωτες ανάγκες οδοντιατρικής περίθαλψης ήταν οι λίστες αναμονής, που σημειώθηκαν από το 0,4% του πληθυσμού, και ο φόβος, που αναφέρθηκε από το 0,3%. Λιγότερο διαδεδομένοι πρωταρχικοί λόγοι ήταν η ανεπάρκεια χρόνου ή η προτίμηση να περιμένει κανείς και να παρατηρεί αν το πρόβλημα επιλυθεί φυσικά, και οι δύο αναφέρθηκαν από το 0,2% του πληθυσμού, καθώς και ζητήματα που σχετίζονται με την υπερβολική απόσταση ταξιδιού, που αναφέρθηκαν από το 0,1%. Εκτός από τους συγκεκριμένους πρωταρχικούς λόγους, το 1,2% του πληθυσμού απέδωσε τις ανεκπλήρωτες ανάγκες οδοντιατρικής περίθαλψης σε άλλους απροσδιόριστους πρωταρχικούς λόγους (Eurostat, 2022).

Αξίζει να σημειωθεί ότι το κόστος της οδοντιατρικής περίθαλψης αναδείχθηκε ως ο επικρατέστερος ειδικός λόγος για τις ανεκπλήρωτες ανάγκες οδοντιατρικής περίθαλψης σε 25 κράτη μέλη της ΕΕ, με εξαίρεση την Αυστρία, όπου η συχνότητα εμφάνισης αυτού του λόγου ήταν πολύ χαμηλή (0,2%) και από κοινού υψηλότερη με το φόβο. Επιπλέον, το κόστος της οδοντιατρικής περίθαλψης παρέμεινε ο κυριότερος λόγος σε όλες τις τρίτες χώρες. Σε συγκεκριμένες χώρες όπως η Ιταλία, η Ισπανία, η Κύπρος, η Ελλάδα, η Ρουμανία, η Πορτογαλία, η Λετονία, το Λουξεμβούργο, η Βουλγαρία και η Εσθονία, πάνω από τα μισά άτομα με ανεκπλήρωτες ανάγκες οδοντιατρικής περίθαλψης ανέφεραν το κόστος ως το κύριο εμπόδιο. Η τάση αυτή παρατηρήθηκε επίσης στην Ισλανδία, την Ελβετία, τη Νορβηγία και την Αλβανία (Eurostat, 2022).

Το 2021, στη Φινλανδία και τη Σλοβενία, η λίστα αναμονής που εμποδίζει την πρόσβαση στην οδοντιατρική περίθαλψη αναδείχθηκε ως ο πιο συχνά αναφερόμενος ειδικός λόγος για τις ανεκπλήρωτες ανάγκες, με περισσότερα από τα τρία πέμπτα των

ατόμων με ανεκπλήρωτες ανάγκες οδοντιατρικής περίθαλψης σε αυτά τα δύο κράτη μέλη της ΕΕ να το αποδίδουν σε λίστες αναμονής (Eurostat, 2022).

Στη Μάλτα, το Βέλγιο, τη Σουηδία, την Κροατία, την Ουγγαρία, την Τσεχία, την Πολωνία, τις Κάτω Χώρες, την Ιρλανδία και τη Δανία, περισσότερα από το ένα τρίτο των ατόμων με ανεκπλήρωτες ανάγκες οδοντιατρικής περίθαλψης το 2021 απέδωσαν τον κύριο λόγο σε μη προσδιορισμένους "άλλους" παράγοντες (Eurostat, 2022).



Εικόνα 8 Ποσοστό ατόμων ηλικίας 16 ετών και άνω που αναφέρουν ανεκπλήρωτες ανάγκες για οδοντιατρική εξέταση ή θεραπεία λόγω υπερβολικού κόστους, μεγάλης απόστασης ή λίστες αναμονής, ανά ηλικία, 2021 (%)

https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_silc_22/default/table?lang=en

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση το έτος 2021, ένα μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων ηλικίας 45 έως 64 ετών, που ανέρχεται σε 3,9%, ανέφερε ότι αντιμετωπίζει ανεκπλήρωτες ανάγκες οδοντιατρικής περίθαλψης που οφείλονται σε παράγοντες όπως το κόστος, η απόσταση από το ταξίδι ή οι λίστες αναμονής. Το ποσοστό αυτό υπερβαίνει τα αντίστοιχα ποσοστά τόσο για τα νεότερα άτομα (2,5%, ηλικίας 16 έως 44 ετών) όσο και για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (2,9%, ηλικίας 65 ετών και άνω), όπως απεικονίζεται στην Εικόνα 8 (Eurostat, 2022).

Εντός της ΕΕ, καθώς και στην Ελβετία (με βάση τα δεδομένα του 2020), τη Βόρεια Μακεδονία, την Αλβανία και τη Σερβία (όλα με βάση τα δεδομένα του 2020),

τα άτομα της ηλικιακής ομάδας 45 έως 64 ετών ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν ανεκπλήρωτες ανάγκες οδοντιατρικής περίθαλψης λόγω κόστους, απόστασης ταξιδιού ή λίστες αναμονής. Ομοίως, στη Γερμανία, την Κροατία, τη Λιθουανία και την Πολωνία, αυτή η ηλικιακή ομάδα μοιράστηκε επίσης τον υψηλότερο επιπολασμό τέτοιων ανεκπλήρωτων αναγκών (Eurostat, 2022).

Αντίθετα, στη Βουλγαρία, την Τσεχία, τη Μάλτα, την Αυστρία, τη Ρουμανία και τη Σλοβακία (με βάση τα στοιχεία του 2020), τα άτομα της μεγαλύτερης ηλικιακής ομάδας (65 ετών και άνω) ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν ανεκπλήρωτες ανάγκες οδοντιατρικής περίθαλψης λόγω κόστους, απόστασης ταξιδιού ή λίστες αναμονής. Σε όλα αυτά τα κράτη μέλη, το ποσοστό ήταν χαμηλότερο μεταξύ των ατόμων ηλικίας 16 έως 44 ετών (Eurostat, 2022).

Στην Ιρλανδία και τη Δανία, τα άτομα της νεότερης ηλικιακής ομάδας (16 έως 44 ετών) ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν ανεκπλήρωτες ανάγκες οδοντιατρικής περίθαλψης λόγω κόστους, απόστασης ταξιδιού ή λίστας αναμονής. Και στα δύο αυτά κράτη μέλη, το ποσοστό ήταν χαμηλότερο μεταξύ των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω. Παρόμοιο πρότυπο παρατηρήθηκε στην Ισλανδία και τη Νορβηγία (Eurostat, 2022).

Στις ΗΠΑ, στο δημογραφικό πληθυσμό που περιλαμβάνει άτομα ηλικίας 2 ετών και άνω, το ποσοστό εκείνων που δεν είχαν πρόσβαση σε βασική οδοντιατρική περίθαλψη κατά τους προηγούμενους 12 μήνες λόγω οικονομικών περιορισμών παρουσίασε μείωση από 13,3% το 2009 σε 8,9% το 2016. Η θετική αυτή τάση, ωστόσο, αντιστράφηκε, καθώς το ποσοστό αυξήθηκε σε 9,9% το 2018. Δυστυχώς, το 2019, ένα αξιοσημείωτο 14,7% των ατόμων ηλικίας 2 ετών και άνω δεν έλαβε την απαραίτητη οδοντιατρική περίθαλψη κατά τους τελευταίους 12 μήνες λόγω οικονομικών περιορισμών (U.S. Department of Health & Human Services, 2023).

3.4. Ανικανοποίητες ανάγκες για υπηρεσίες που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη για οικονομικούς λόγους

Το έτος 2019, ένα αξιοσημείωτο 13,0% του πληθυσμού της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), που είχε ανάγκη από υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, βρέθηκε σε αδυναμία οικονομικής πρόσβασης σε αυτές τις υπηρεσίες. Για τα άτομα που

χρειάζονταν φροντίδα ψυχικής υγείας, το ποσοστό ήταν αισθητά χαμηλότερο, 3,7%, ενώ το 4,2% όσων είχαν ανάγκη από συνταγογραφούμενα φάρμακα ανέφεραν οικονομικά εμπόδια (Eurostat, 2022).

Επιπλέον, ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού στην Εσθονία, τη Λετονία (με χαμηλή αξιοπιστία στοιχείων), τη Φινλανδία και την Πορτογαλία (επίσης με χαμηλή αξιοπιστία στοιχείων) αντιμετώπιζε δυσκολίες στην αγορά βασικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, με πάνω από το ένα τέταρτο των ατόμων αυτών να μην μπορούν να το κάνουν. Αντίθετα, η χώρα με το χαμηλότερο ποσοστό ατόμων που δεν μπορούσαν να αντέξουν οικονομικά αυτές τις υπηρεσίες ήταν η Κύπρος, με μόλις 3,7% (Eurostat, 2022).

Όσον αφορά τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ένα σημαντικό ποσοστό 29,8% του πληθυσμού της Φινλανδίας και 27,8% του πληθυσμού της Πορτογαλίας που απαιτούσε τέτοιου είδους υπηρεσίες αντιμετώπισε προβλήματα οικονομικής προσιτότητας. Παρόμοια κατάσταση παρατηρήθηκε στην Ισλανδία, όπου το 33,7% αντιμετώπιζε οικονομικά προβλήματα. Αντίθετα, χώρες όπως η Μάλτα, η Ισπανία και η Ρουμανία είχαν ένα εξαιρετικά χαμηλό ποσοστό κάτω του 2,0% των ατόμων που δεν μπορούσαν να αντέξουν οικονομικά τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Eurostat, 2022).

Τέλος, όσον αφορά τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, πάνω από το ένα δέκατο του πληθυσμού στη Λετονία και την Κροατία ανέφεραν οικονομικές δυσκολίες στην πρόσβαση σε αυτά τα φάρμακα. Αντίθετα, χώρες όπως οι Κάτω Χώρες, η Ισπανία και η Κύπρος είχαν σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό, και πάλι μικρότερο από 2,0%, ατόμων που δεν μπορούσαν να πληρώσουν τα συνταγογραφούμενα φάρμακα (Eurostat, 2022).

Το έτος 2019, στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ), οι γυναίκες που χρειάζονταν ψυχιατρική περίθαλψη ή συνταγογραφούμενα φάρμακα ήταν πιο επιρρεπείς στο να αναφέρουν ανεκπλήρωτες ανάγκες για αυτές τις υπηρεσίες λόγω οικονομικών περιορισμών σε σύγκριση με τους άνδρες συναδέλφους τους. Όσον αφορά τις ανεκπλήρωτες ανάγκες για φροντίδα ψυχικής υγείας, υπήρχε διαφορά 1,8 ποσοστιαίων μονάδων μεταξύ των δύο φύλων, με το 4,6% των γυναικών και το 2,8% των ανδρών να αναφέρουν τέτοιες ανεκπλήρωτες ανάγκες. Στην περίπτωση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων ήταν 0,9 ποσοστιαίες μονάδες, με το 4,6% των γυναικών και το 3,7% των ανδρών να αντιμετωπίζουν ανεκπλήρωτες ανάγκες (Eurostat, 2022).

Σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ, το χάσμα μεταξύ των φύλων όσον αφορά τις ανεκπλήρωτες ανάγκες για την ψυχική υγεία προήλθε κυρίως από το υψηλότερο ποσοστό των γυναικών που αντιμετώπιζαν τέτοιες προκλήσεις. Αντίθετα, η Πορτογαλία, η Κροατία και η Σερβία (τρίτη χώρα) παρουσίασαν την αντίθετη τάση. Οι σημαντικότερες διαφορές μεταξύ των δύο φύλων παρατηρήθηκαν στη Δανία (9,1 ποσοστιαίες μονάδες), τη Φινλανδία (8,6 ποσοστιαίες μονάδες) και τη Γαλλία (6,7 ποσοστιαίες μονάδες) (Eurostat, 2022).

Παρομοίως, η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων στις ανεκπλήρωτες ανάγκες για συνταγογραφούμενα φάρμακα ήταν συνήθως αποτέλεσμα ενός υψηλότερου ποσοστού γυναικών που αντιμετώπιζαν τέτοια κενά, εκτός από την Ουγγαρία, την Κύπρο, το Λουξεμβούργο, τη Σουηδία και τη Δανία, όπου η κατάσταση ήταν αντίστροφη. Το πιο σημαντικό χάσμα μεταξύ των δύο φύλων από αυτή την άποψη παρατηρήθηκε στη Λετονία, με διαφορά 4,4 ποσοστιαίων μονάδων (Eurostat, 2022).

Εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης το έτος 2019, τα άτομα με διαφορετικό μορφωτικό επίπεδο αντιμετώπισαν ανισότητες στις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης λόγω οικονομικών εμποδίων σε διάφορους τύπους υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα, το 3,6% των ατόμων με τριτοβάθμια εκπαίδευση ανέφεραν ανεκπλήρωτες ανάγκες για φροντίδα ψυχικής υγείας, ποσοστό ελαφρώς υψηλότερο από τα άτομα με ανώτερη δευτεροβάθμια ή μεταδευτεροβάθμια μη τριτοβάθμια εκπαίδευση (3,7%) και τα άτομα με το πολύ κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (3,8%). Ωστόσο, πιο σημαντικά κενά παρατηρήθηκαν για άλλες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίες ακολουθούσαν το ίδιο μοτίβο (Eurostat, 2022).

Όσον αφορά τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, το 2,4% των ατόμων με τριτοβάθμια εκπαίδευση αντιμετώπιζε ανεκπλήρωτες ανάγκες, ενώ το ποσοστό αυτό ήταν 2,2 φορές υψηλότερο (5,3%) μεταξύ των ατόμων με το πολύ κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Όσον αφορά την οδοντιατρική περίθαλψη, το 7,3% των ατόμων με τριτοβάθμια εκπαίδευση ανέφεραν ανεκπλήρωτες ανάγκες, σε σύγκριση με το 14,1% μεταξύ των ατόμων με κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Στην περίπτωση της ιατρικής περίθαλψης, το 3,7% των ατόμων με τριτοβάθμια εκπαίδευση είχε ανεκπλήρωτες ανάγκες, ενώ το ποσοστό αυτό ήταν 1,8 φορές υψηλότερο (6,7%) για τα άτομα με το πολύ κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Eurostat, 2022).

Εστιάζοντας σε αυτούς τους τρεις τύπους υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης με αξιοσημείωτες διαφορές με βάση το μορφωτικό επίπεδο εντός της ΕΕ, ορισμένα κράτη μέλη της ΕΕ παρουσίασαν ξεχωριστά πρότυπα. Στην Ιρλανδία, τη Φινλανδία και την Ισλανδία, τα άτομα με ανώτερη δευτεροβάθμια ή μεταδευτεροβάθμια μη τριτοβάθμια εκπαίδευση ανέφεραν τα υψηλότερα επίπεδα ανεκπλήρωτων αναγκών για συνταγογραφούμενα φάρμακα το 2019, σε αντίθεση με την Πορτογαλία και τη Σλοβενία, όπου παρατηρήθηκαν τα χαμηλότερα επίπεδα μεταξύ των ατόμων με το ίδιο μορφωτικό επίπεδο (Eurostat, 2022).

Ομοίως, στην Ιρλανδία, τη Λιθουανία, το Λουξεμβούργο, την Ουγγαρία και τη Φινλανδία, τα άτομα με ανώτερη δευτεροβάθμια ή μεταδευτεροβάθμια μη τριτοβάθμια εκπαίδευση ανέφεραν τα υψηλότερα επίπεδα ανεκπλήρωτων αναγκών για οδοντιατρική περίθαλψη το 2019, ενώ η Κροατία και η Σλοβενία εμφάνισαν τα χαμηλότερα επίπεδα για τα άτομα με αυτό το επίπεδο εκπαιδευτικού επιπέδου (Eurostat, 2022).

Για την ιατρική περίθαλψη, η Ιρλανδία, η Γαλλία, το Λουξεμβούργο, η Αυστρία και η Φινλανδία έδειξαν ότι τα άτομα με ανώτερη δευτεροβάθμια ή μεταδευτεροβάθμια μη τριτοβάθμια εκπαίδευση είχαν τα υψηλότερα επίπεδα ανεκπλήρωτων αναγκών το 2019, ενώ η Λιθουανία και η Σλοβενία αποκλίνουν από τη συνολική τάση της ΕΕ. Σε αυτές τις χώρες, τα άτομα με τριτοβάθμια εκπαίδευση παρουσίασαν τα υψηλότερα επίπεδα ανεκπλήρωτων αναγκών, ενώ τα άτομα με το πολύ κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση είχαν τα χαμηλότερα επίπεδα ανεκπλήρωτων αναγκών λόγω οικονομικών εμποδίων (Eurostat, 2022).

Εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης το έτος 2019, το ποσοστό των ατόμων που χρειάζονται υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και αναφέρουν ανεκπλήρωτες ανάγκες λόγω οικονομικών περιορισμών παρουσίασε συγκεκριμένα μοτίβα σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Ειδικότερα, το χαμηλότερο ποσοστό τέτοιων ανεκπλήρωτων αναγκών παρατηρήθηκε στις νεότερες και τις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες, με 9,5% μεταξύ των ατόμων ηλικίας 15-24 ετών, με κορύφωση στο 14,4% για τα άτομα ηλικίας 45-54 ετών και με διαμόρφωση στο 11,4% για τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω (Eurostat, 2022).

Για τα άτομα στην ΕΕ που χρειάζονται φροντίδα ψυχικής υγείας το 2019, η τάση εμφάνισε αύξηση των ανεκπλήρωτων αναγκών από τη νεότερη στην αμέσως νεότερη ηλικιακή ομάδα, με αύξηση από 4,4% για τα άτομα ηλικίας 15-24 ετών σε 5,9% για τα άτομα ηλικίας 25-34 ετών. Ωστόσο, το ποσοστό αυτό μειώθηκε σταδιακά

για κάθε διαδοχική μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα, φθάνοντας στο χαμηλό 2,1% για τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω (Eurostat, 2022).

Μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ (εξαιρουμένου του Βελγίου λόγω μη διαθεσιμότητας στοιχείων), τα μισά από αυτά παρουσίασαν τις χαμηλότερες αναφερόμενες ανεκπλήρωτες ανάγκες για φροντίδα ψυχικής υγείας σε άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω. Στα περισσότερα άλλα κράτη μέλη, το ποσοστό αυτό ήταν χαμηλότερο για τα άτομα ηλικίας 15-24 ή 25-34 ετών, με μοναδικές εξαιρέσεις την Ιρλανδία και την Πολωνία (Eurostat, 2022).

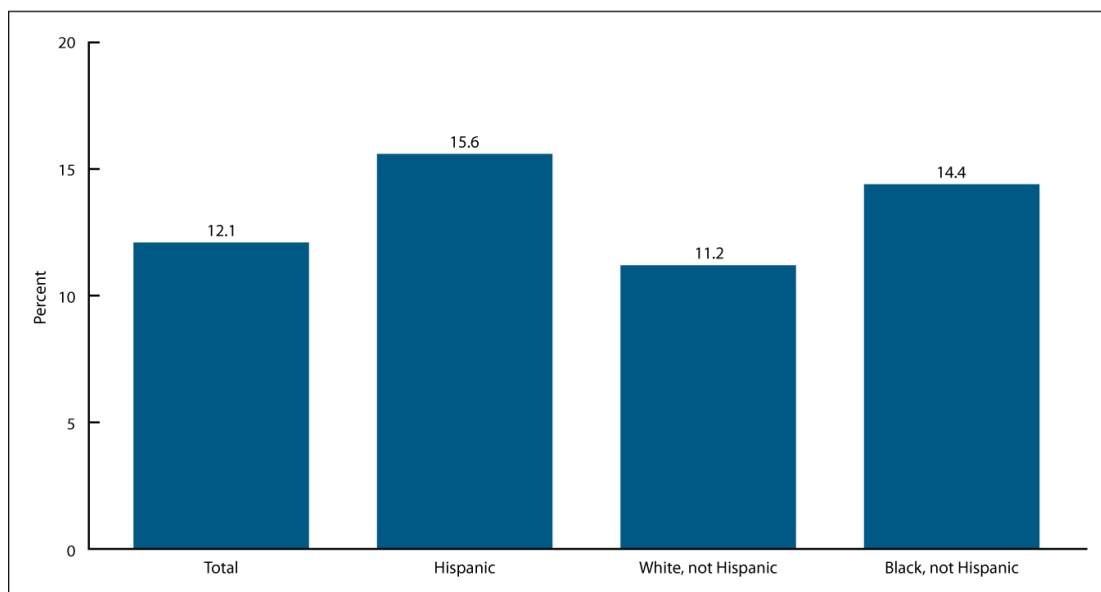
Για τα άτομα στην ΕΕ που χρειάζονταν συνταγογραφούμενα φάρμακα το 2019, το ποσοστό που ανέφερε ανεκπλήρωτες ανάγκες λόγω οικονομικών εμποδίων ήταν το χαμηλότερο μεταξύ της νεότερης ηλικιακής ομάδας (2,7% για τα άτομα ηλικίας 15-24 ετών) και σταδιακά αυξήθηκε για όλες σχεδόν τις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες, φθάνοντας στο ανώτατο σημείο του 4,9% μεταξύ της μεγαλύτερης ηλικιακής ομάδας (ηλικίας 65 ετών και άνω) (Eurostat, 2022).

Σε 12 από τα κράτη μέλη της ΕΕ (εκτός του Βελγίου), τα άτομα ηλικίας 15-24 ετών ανέφεραν τις χαμηλότερες ανεκπλήρωτες ανάγκες για συνταγογραφούμενα φάρμακα. Στην Τσεχία, την Ελλάδα, την Κροατία και την Κύπρο, το χαμηλότερο ποσοστό βρέθηκε στη δεύτερη νεότερη ηλικιακή ομάδα (25-34 ετών), ενώ η Ουγγαρία αποτέλεσε τη μοναδική εξαίρεση, με το χαμηλότερο ποσοστό μεταξύ των ατόμων ηλικίας 45-54 ετών (Eurostat, 2022).

Η Δανία, η Γαλλία και το Λουξεμβούργο παρουσίασαν το χαμηλότερο ποσοστό για τα άτομα ηλικίας 55-64 ετών, ενώ η Ιρλανδία είχε το χαμηλότερο ποσοστό που μοιράστηκε μεταξύ των δύο μεγαλύτερων ηλικιακών ομάδων. Στις Κάτω Χώρες, τη Σλοβενία και τη Φινλανδία, το χαμηλότερο ποσοστό παρατηρήθηκε μεταξύ της μεγαλύτερης ηλικιακής ομάδας, των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω (Eurostat, 2022).

Στις ΗΠΑ, το έτος 2019, η ανισότητα στις ανεκπλήρωτες ιατρικές ανάγκες λόγω οικονομικών περιορισμών ήταν πιο έντονη μεταξύ των ενήλικων πληθυσμών των μη ισπανόφωνων μαύρων και των ισπανόφωνων εθνοτήτων σε σύγκριση με τους αντίστοιχους μη ισπανόφωνους λευκούς. Συγκεκριμένα, το 12,1% των ενηλίκων ηλικίας 18-64 ετών αντιμετώπισε καθυστερημένες ή ανεκπλήρωτες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης κατά τους προηγούμενους 12 μήνες για οικονομικούς λόγους. Αξίζει να σημειωθεί ότι, εντός της δημογραφικής ομάδας των ενηλίκων ηλικίας 18-64 ετών, υψηλότερο ποσοστό των ισπανόφωνων ενηλίκων (15,6%) και των μη ισπανόφωνων

μαύρων ενηλίκων (14,4%) αντιμετώπισε εμπόδια στην πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη λόγω οικονομικών περιορισμών, σε αντίθεση με τους μη ισπανόφωνους λευκούς ενήλικες, μεταξύ των οποίων το 11,2% αντιμετώπισε παρόμοιες προκλήσεις. Αυτό υπογραμμίζει μια σημαντική ανισότητα στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη με βάση φυλετικές και εθνοτικές γραμμές (U.S. Department of Health & Human Services, 2023).



Εικόνα 9 Καθυστέρηση ή μη λήψη αναγκαίας ιατρικής περίθαλψης λόγω κόστους κατά τους τελευταίους 12 μήνες μεταξύ ενηλίκων ηλικίας 18-64 ετών, ανά φυλή και ισπανική καταγωγή στις Ηνωμένες Πολιτείες το 2019 <https://www.cdc.gov/nchs/hus/topics/unmet-need.htm#explore-data>

Στις ΗΠΑ, τα στοιχεία αποκάλυψαν σαφείς διαφορές με βάση το επίπεδο του εισοδήματος. Το ποσοστό των ενηλίκων που δεν μπορούσαν να έχουν πρόσβαση σε βασική οδοντιατρική περίθαλψη λόγω οικονομικών περιορισμών ήταν ιδιαίτερα υψηλότερο μεταξύ των ατόμων που ζούσαν κάτω από το όριο της φτώχειας (30,7%) και εκείνων με εισόδημα που κυμαινόταν από 100% έως 199% του ομοσπονδιακού επιπέδου φτώχειας (30,6%). Η τάση αυτή συνεχίστηκε και με τα άτομα με εισόδημα 200%-399% του ομοσπονδιακού επιπέδου φτώχειας, μεταξύ των οποίων το 20,3% αντιμετώπιζε προβλήματα στην απόκτηση της απαραίτητης οδοντιατρικής περίθαλψης. Αντίθετα, τα άτομα με πιο σημαντικά εισοδήματα, και συγκεκριμένα τα άτομα που ζούσαν στο 400% ή περισσότερο του ομοσπονδιακού επιπέδου φτώχειας, αντιμετώπισαν σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό 8,2% σε ανεκπλήρωτες ανάγκες οδοντιατρικής περίθαλψης λόγω κόστους. Τα στοιχεία αυτά υπογραμμίζουν τον

σημαντικό αντίκτυπο των εισοδηματικών ανισοτήτων στην προσβασιμότητα της οδοντιατρικής περίθαλψης στον ενήλικο πληθυσμό (U.S. Department of Health & Human Services, 2023).

B. Έρευνα

1. Μέθοδος

Η έρευνα θα χρησιμοποιήσει ποσοτική ερευνητική μεθοδολογία για τη συστηματική διερεύνηση και ανάλυση των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας στο γενικό πληθυσμό του Δυτικού Τομέα της Αθήνας. Δύο δομημένα ερωτηματολόγια θα είναι τα κύρια μέσα συλλογής δεδομένων για την παρούσα μελέτη (βλ. Παράρτημα).

Οι έρευνες αποτελούν μια κοινή περιγραφική ερευνητική μέθοδο στις επιστήμες υγείας και τις κοινωνικές επιστήμες (De Vaus, 2013). Στους ερωτώμενους της έρευνας τίθεται μια σειρά ερωτήσεων με τυποποιημένο τρόπο, έτσι ώστε οι απαντήσεις να μπορούν εύκολα να ποσοτικοποιηθούν και να αναλυθούν στατιστικά. Αυτό επιτρέπει στον ερευνητή να περιγράψει τα χαρακτηριστικά του δείγματος που μελετάται και να προβεί σε γενικεύσεις για τον ευρύτερο πληθυσμό ενδιαφέροντος. Οι έρευνες με ερωτηματολόγιο είναι ιδιαίτερα χρήσιμες για τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με ερευνητικά φαινόμενα που δεν είναι άμεσα παρατηρήσιμα ή μετρήσιμα (Bowling, 1997). Είναι επίσης χρήσιμες για τη συλλογή δεδομένων από άτομα που είναι γεωγραφικά ευρέως κατανομημένα, καθώς δεν είναι απαραίτητη η άμεση επαφή μεταξύ ερευνητή και συμμετέχοντος στην έρευνα (Sarantakos, 2005).

Οι έρευνες με τη χρήση ερωτηματολογίου τείνουν να είναι ο πιο οικονομικός και αποτελεσματικός τρόπος συλλογής δεδομένων σχετικά με μια σειρά προσωπικών χαρακτηριστικών, συμπτωμάτων υγείας, ιστορικού και συμπεριφορών. Μεγάλος όγκος δεδομένων μπορεί να συλλεχθεί σε αρκετά σύντομο χρονικό διάστημα και οι απαντήσεις μπορούν να καταγραφούν με τρόπους που εισάγονται εύκολα σε αρχεία δεδομένων για ανάλυση. Η δυνατότητα υποβολής πολλών ερωτήσεων γύρω από ένα συγκεκριμένο ερευνητικό θέμα επιτρέπει επίσης την υποβολή πιο εξελιγμένων ερευνητικών ερωτήσεων και την πολυμεταβλητή ανάλυση των δεδομένων (Schofield και Forrester-Knauss, 2013).

Μια σημαντική παραδοχή που διέπει τη χρήση των ερευνητικών μεθόδων ερωτηματολογίου είναι ότι οι ίδιοι οι ερωτώμενοι αποτελούν την καλύτερη πηγή ακριβών πληροφοριών σχετικά με αυτά τα ερωτήματα. Συνεπώς, η μέθοδος αυτή είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με κοινωνικές και ψυχολογικές έννοιες, όπως πεποιθήσεις, στάσεις, απόψεις, προσδοκίες, γνώσεις και ικανοποίηση από την υγειονομική περίθαλψη (Bowling, 1997). Για τέτοια ερευνητικά

ερωτήματα, το άτομο είναι συνήθως η καλύτερη πηγή τέτοιων εννοιολογικών πληροφοριών.

Το πρώτο ερωτηματολόγιο θα επικεντρωθεί στη συλλογή δημογραφικών πληροφοριών, γενικών συνθηκών υγείας, χρήσης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και των λόγων που διέπουν τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης. Οι συμμετέχοντες θα κληθούν να δώσουν λεπτομέρειες σχετικά με την ηλικία, το φύλο, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και το εκπαιδευτικό τους υπόβαθρο. Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο θα εμβαθύνει στην κατάσταση της υγείας τους, συμπεριλαμβανομένων τυχόν υφιστάμενων ιατρικών καταστάσεων και πρόσφατων προτύπων χρήσης υγειονομικής περίθαλψης. Οι ερωτηθέντες θα κληθούν επίσης να διευκρινίσουν τους συγκεκριμένους λόγους που οδηγούν στις ανεκπλήρωτες ανάγκες τους σε υγειονομική περίθαλψη, περιλαμβάνοντας πτυχές όπως οι οικονομικοί περιορισμοί, οι προκλήσεις γεωγραφικής προσβασιμότητας και οι εμπειρίες με τους χρόνους αναμονής.

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο είναι το SF-36. Το SF-36 είναι ένα προφίλ κατάστασης της υγείας που αρχικά σχεδιάστηκε για τη μέτρηση της κατάστασης της υγείας των ασθενών και των αποτελεσμάτων των ασθενών. Η κατάσταση της υγείας θα μπορούσε να συγκριθεί μεταξύ ομάδων ασθενών ανάλογα με τον τύπο της παρέμβασης, την ασθένεια ή τον τύπο ασφάλισης υγείας. Ο αρχικός πληθυσμός-στόχος ήταν άτομα που ζούσαν στην κοινότητα. Το SF-36 χρησιμοποιείται σήμερα σε εξωτερικά ιατρεία και σε ηλικιωμένους ενήλικες που ζουν στην κοινότητα. Οι 36 ερωτήσεις του SF-36 έχουν ως στόχο να αντικατοπτρίζουν 8 τομείς της υγείας, συμπεριλαμβανομένων της σωματικής λειτουργικότητας, του σωματικού ρόλου, του πόνου, της γενικής υγείας, της ζωτικότητας, της κοινωνικής λειτουργίας, του συναισθηματικού ρόλου και της ψυχικής υγείας. Οι κατηγορίες του φυσικού ρόλου και του συναισθηματικού ρόλου αντικατοπτρίζουν την απόδοση σε επίπεδο δραστηριότητας και συμμετοχής. Το SF-36 έχει διαπιστωθεί ότι είναι αξιόπιστο και έγκυρο για τη μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής ατόμων με διάφορες χρόνιες παθήσεις υγείας και σε διάφορες χώρες (Cech και Martin, 2012).

Η διαδικασία συλλογής δεδομένων για την παρούσα μελέτη θα αξιοποιήσει τη φιλική προς το χρήστη και ευέλικτη πλατφόρμα του Google Forms. Αυτό το ψηφιακό εργαλείο θα επιτρέψει την αποτελεσματική και βολική διανομή των δομημένων ερωτηματολογίων στο προσδιορισμένο δείγμα συμμετεχόντων στο γενικό πληθυσμό του Δυτικού Τομέα της Αθήνας. Το Google Forms προσφέρει το πλεονέκτημα της

απομακρυσμένης προσβασιμότητας, επιτρέποντας στους ερωτηθέντες να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια με τη δική τους ευκολία, ενισχύοντας έτσι τα ποσοστά συμμετοχής. Η διαισθητική διεπαφή της πλατφόρμας διευκολύνει την εύκολη πλοήγηση, διασφαλίζοντας ότι οι συμμετέχοντες μπορούν να δώσουν ακριβείς και ολοκληρωμένες απαντήσεις στις ερωτήσεις της έρευνας. Επιπλέον, το Google Forms επιτρέπει την ασφαλή αποθήκευση δεδομένων, ελαχιστοποιώντας τον κίνδυνο απώλειας ή παραβίασης δεδομένων. Τα δεδομένα που θα συλλεχθούν θα οργανωθούν αυτόματα σε δομημένη μορφή, διευκολύνοντας τη μετέπειτα ανάλυση με τη χρήση στατιστικού λογισμικού.

Τα συλλεχθέντα δεδομένα θα υποβληθούν σε ολοκληρωμένη ανάλυση με τη χρήση του SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), ενός ισχυρού και ευρέως αναγνωρισμένου στατιστικού προγράμματος λογισμικού. Το SPSS προσφέρει μια σειρά εξελιγμένων αναλυτικών εργαλείων που είναι απαραίτητα για την εξαγωγή ουσιαστικών συμπερασμάτων από τα ποσοτικά δεδομένα που συλλέγονται. Το λογισμικό θα επιτρέψει την περιγραφική στατιστική ανάλυση, παρέχοντας συνοπτικά μέτρα κεντρικής τάσης και διασποράς για βασικές μεταβλητές.

1α) Δειγματοληψία

Το δείγμα αυτής της ποσοτικής ερευνητικής μελέτης θα αποτελείται από μια προσεκτικά επιλεγμένη και αντιπροσωπευτική ομάδα 400 ατόμων που κατοικούν στο γενικό πληθυσμό του Δυτικού Τομέα της Αθήνας. Μέσω μιας συστηματικής διαδικασίας δειγματοληψίας, οι συμμετέχοντες θα προέρχονται από διαφορετικά δημογραφικά υπόβαθρα, που περιλαμβάνουν διάφορες ηλικιακές ομάδες, φύλα, κοινωνικοοικονομικές καταστάσεις και μορφωτικά επίπεδα. Η προσέγγιση αυτή αποσκοπεί στην καταγραφή ενός ολοκληρωμένου στιγμιότυπου των εμπειριών και των προοπτικών του πληθυσμού σχετικά με τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης. Το μέγεθος του δείγματος των 400 ατόμων έχει καθοριστεί για να διασφαλιστεί η στατιστική ευρωστία και να παρασχεθούν επαρκή δεδομένα για ουσιαστική ανάλυση, ενώ παράλληλα επιτρέπει μια εφικτή διαδικασία συλλογής δεδομένων. Συμπεριλαμβάνοντας ένα ευρύ φάσμα συμμετεχόντων, η μελέτη σκοπεύει να δημιουργήσει γνώσεις που μπορούν να γενικευτούν στον ευρύτερο

πληθυσμό και να προσφέρουν πολύτιμες συνέπειες για την αντιμετώπιση των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας στη μελετώμενη περιοχή.

1β) Εργαλεία

Οι έρευνες με τη χρήση ερωτηματολογίου τείνουν να είναι ο πιο οικονομικός και αποτελεσματικός τρόπος συλλογής δεδομένων σχετικά με μια σειρά προσωπικών χαρακτηριστικών, συμπτωμάτων υγείας, ιστορικού και συμπεριφορών. Μεγάλος όγκος δεδομένων μπορεί να συλλεχθεί σε αρκετά σύντομο χρονικό διάστημα και οι απαντήσεις μπορούν να καταγραφούν με τρόπους που εισάγονται εύκολα σε αρχεία δεδομένων για ανάλυση. Η δυνατότητα υποβολής πολλών ερωτήσεων γύρω από ένα συγκεκριμένο ερευνητικό θέμα επιτρέπει επίσης την υποβολή πιο εξελιγμένων ερευνητικών ερωτήσεων και την πολυμεταβλητή ανάλυση των δεδομένων (Schofield & Forrester-Knauss, 2013).

Μια σημαντική παραδοχή που διέπει τη χρήση των ερευνητικών μεθόδων ερωτηματολογίου είναι ότι οι ίδιοι οι ερωτώμενοι αποτελούν την καλύτερη πηγή ακριβών πληροφοριών σχετικά με αυτά τα ερωτήματα. Συνεπώς, η μέθοδος αυτή είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με κοινωνικές και ψυχολογικές έννοιες, όπως πεποιθήσεις, στάσεις, απόψεις, προσδοκίες, γνώσεις και ικανοποίηση από την υγειονομική περίθαλψη (Bowling, 1997). Για τέτοια ερευνητικά ερωτήματα, το άτομο είναι συνήθως η καλύτερη πηγή τέτοιων εννοιολογικών πληροφοριών.

Το πρώτο ερωτηματολόγιο θα επικεντρωθεί στη συλλογή δημογραφικών πληροφοριών, γενικών συνθηκών υγείας, χρήσης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και των λόγων που διέπουν τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης. Οι συμμετέχοντες θα κληθούν να δώσουν λεπτομέρειες σχετικά με την ηλικία, το φύλο, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και το εκπαιδευτικό τους υπόβαθρο. Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο θα εμβαθύνει στην κατάσταση της υγείας τους, συμπεριλαμβανομένων τυχόν υφιστάμενων ιατρικών καταστάσεων και πρόσφατων προτύπων χρήσης υγειονομικής περίθαλψης. Οι ερωτηθέντες θα κληθούν επίσης να διευκρινίσουν τους συγκεκριμένους λόγους που οδηγούν στις ανεκπλήρωτες ανάγκες τους σε υγειονομική περίθαλψη, περιλαμβάνοντας πτυχές

όπως οι οικονομικοί περιορισμοί, οι προκλήσεις γεωγραφικής προσβασιμότητας και οι εμπειρίες με τους χρόνους αναμονής.

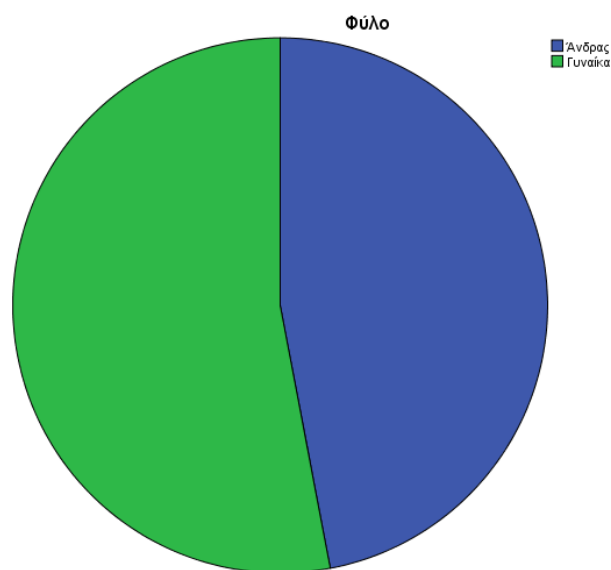
Το δεύτερο ερωτηματολόγιο είναι το SF-36. Το SF-36 είναι ένα προφίλ κατάστασης της υγείας που αρχικά σχεδιάστηκε για τη μέτρηση της κατάστασης της υγείας των ασθενών και των αποτελεσμάτων των ασθενών. Η κατάσταση της υγείας θα μπορούσε να συγκριθεί μεταξύ ομάδων ασθενών ανάλογα με τον τύπο της παρέμβασης, την ασθένεια ή τον τύπο ασφάλισης υγείας. Ο αρχικός πληθυσμός-στόχος ήταν άτομα που ζούσαν στην κοινότητα. Το SF-36 χρησιμοποιείται σήμερα σε εξωτερικά ιατρεία και σε ηλικιωμένους ενήλικες που ζουν στην κοινότητα. Οι 36 ερωτήσεις του SF-36 έχουν ως στόχο να αντικατοπτρίζουν 8 τομείς της υγείας, συμπεριλαμβανομένων της σωματικής λειτουργικότητας, του σωματικού ρόλου, του πόνου, της γενικής υγείας, της ζωτικότητας, της κοινωνικής λειτουργίας, του συναισθηματικού ρόλου και της ψυχικής υγείας. Οι κατηγορίες του φυσικού ρόλου και του συναισθηματικού ρόλου αντικατοπτρίζουν την απόδοση σε επίπεδο δραστηριότητας και συμμετοχής. Το SF-36 έχει διαπιστωθεί ότι είναι αξιόπιστο και έγκυρο για τη μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής ατόμων με διάφορες χρόνιες παθήσεις υγείας και σε διάφορες χώρες (Cech & Martin, 2012).

Η διαδικασία συλλογής δεδομένων για την παρούσα μελέτη θα αξιοποιήσει τη φιλική προς το χρήστη και ευέλικτη πλατφόρμα του Google Forms. Αυτό το ψηφιακό εργαλείο θα επιτρέψει την αποτελεσματική και βολική διανομή των δομημένων ερωτηματολογίων στο προσδιορισμένο δείγμα συμμετεχόντων στο γενικό πληθυσμό του Δυτικού Τομέα της Αθήνας. Το Google Forms προσφέρει το πλεονέκτημα της απομακρυσμένης προσβασιμότητας, επιτρέποντας στους ερωτηθέντες να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια με τη δική τους ευκολία, ενισχύοντας έτσι τα ποσοστά συμμετοχής. Η διαισθητική διεπαφή της πλατφόρμας διευκολύνει την εύκολη πλοήγηση, διασφαλίζοντας ότι οι συμμετέχοντες μπορούν να δώσουν ακριβείς και ολοκληρωμένες απαντήσεις στις ερωτήσεις της έρευνας. Επιπλέον, το Google Forms επιτρέπει την ασφαλή αποθήκευση δεδομένων, ελαχιστοποιώντας τον κίνδυνο απώλειας ή παραβίασης δεδομένων. Τα δεδομένα που θα συλλεχθούν θα οργανωθούν αυτόματα σε δομημένη μορφή, διευκολύνοντας τη μετέπειτα ανάλυση με τη χρήση στατιστικού λογισμικού.

2. Αποτελέσματα

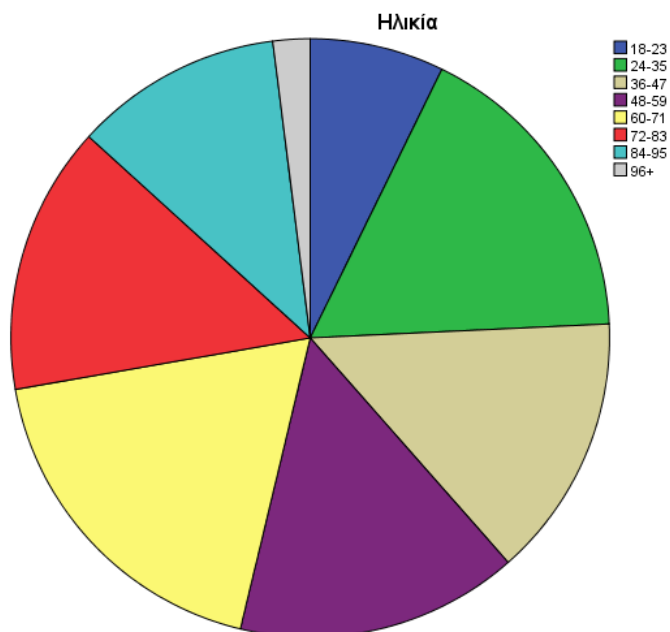
2α) Δημογραφικά

| Φύλο | | | | |
|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Ανδρας | 188 | 47,0 | 47,0 |
| | Γυναίκα | 212 | 53,0 | 100,0 |
| | Total | 400 | 100,0 | 100,0 |



Το γεγονός ότι το ποσοστό των γυναικών (53%) υπερτερεί ελαφρώς του ποσοστού των ανδρών (47%) δείχνει μια σχετική ισορροπία στο δείγμα.

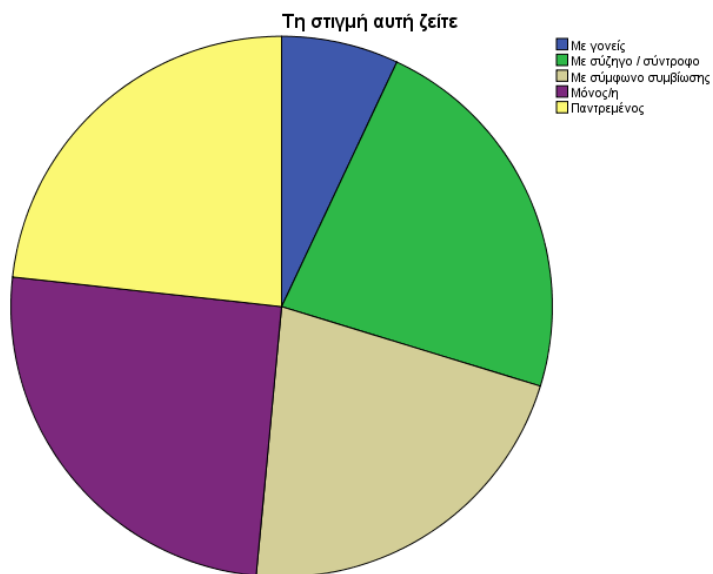
| Ηλικία | | | | |
|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | 18-23 | 29 | 7,2 | 7,2 |
| | 24-35 | 68 | 17,0 | 24,3 |
| | 36-47 | 57 | 14,2 | 38,5 |
| | 48-59 | 61 | 15,3 | 53,8 |
| | 60-71 | 74 | 18,5 | 72,3 |
| | 72-83 | 58 | 14,5 | 86,8 |
| | 84-95 | 45 | 11,3 | 98,0 |
| | 96+ | 8 | 2,0 | 100,0 |
| | Total | 400 | 100,0 | 100,0 |



Η κατανομή της ηλικίας δείχνει μια σχετική ισορροπία, με το μεγαλύτερο ποσοστό στην ηλικιακή ομάδα 60-71 ετών (18,5%). Η συμπερίληψη όλων των ηλικιακών ομάδων ενισχύει την αναπαράσταση της κοινωνίας.

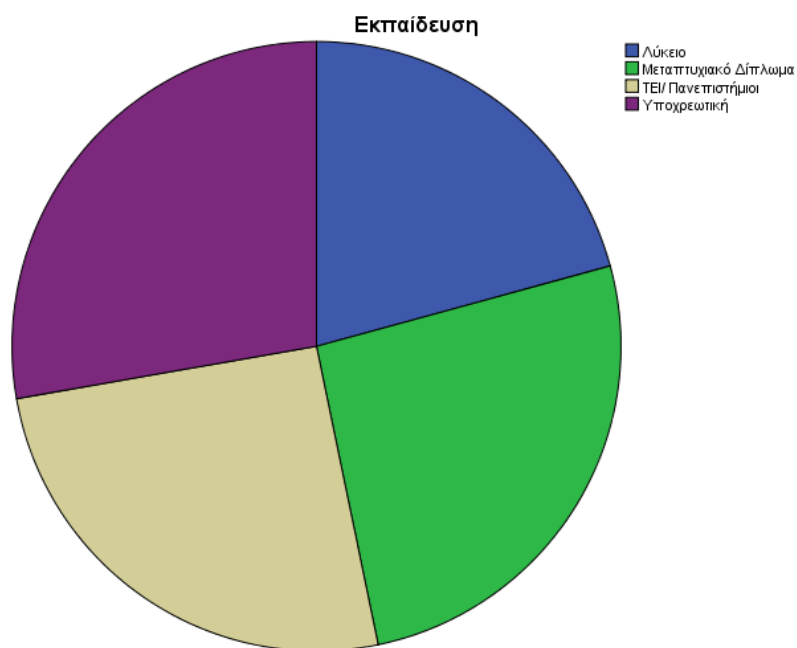
Τη στιγμή αυτή ζείτε

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Με γονείς | 28 | 7,0 | 7,0 | 7,0 |
| Valid Με σύζυγο / σύντροφο | 91 | 22,8 | 22,8 | 29,8 |
| Valid Με σύμφωνο συμβίωσης | 87 | 21,8 | 21,8 | 51,5 |
| Valid Μόνος/η | 101 | 25,3 | 25,3 | 76,8 |
| Valid Παντρεμένος | 93 | 23,3 | 23,3 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |



Οι περισσότεροι ζουν είτε με τον/την σύντροφο (22,8%) είτε μόνοι (25,3%), ενώ το 23,3% είναι παντρεμένοι. Αυτό αντικατοπτρίζει την ποικιλία των οικογενειακών καταστάσεων.

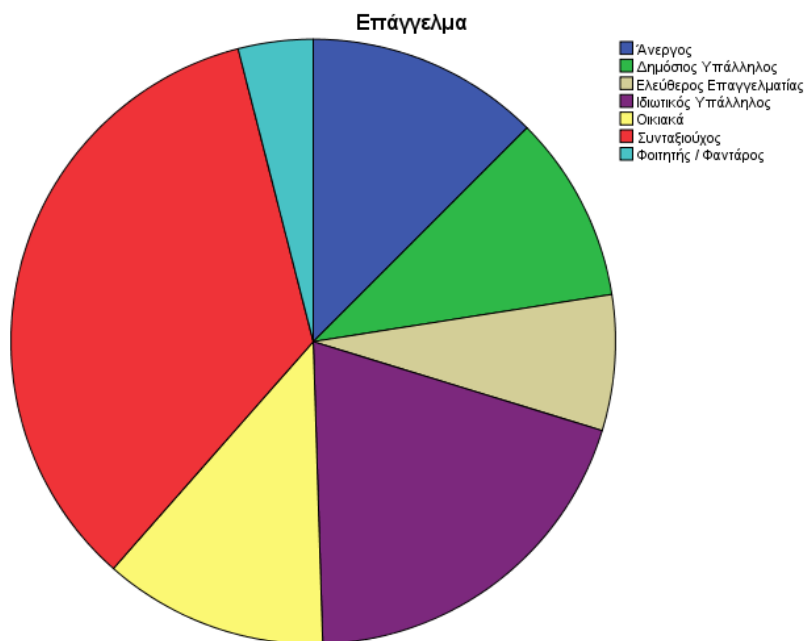
| Εκπαίδευση | | | | |
|------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| | 83 | 20,8 | 20,8 | 20,8 |
| | 104 | 26,0 | 26,0 | 46,8 |
| Valid | 102 | 25,5 | 25,5 | 72,3 |
| | 111 | 27,8 | 27,8 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |



Οι περισσότεροι έχουν τουλάχιστον λύκειο ή πανεπιστημιακό/ΤΕΙ δίπλωμα (72,3%). Η υψηλή ποσοστιαία συμμετοχή σε υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης υποδεικνύει υψηλό βαθμό εκπαιδευτικής επίτευξης.

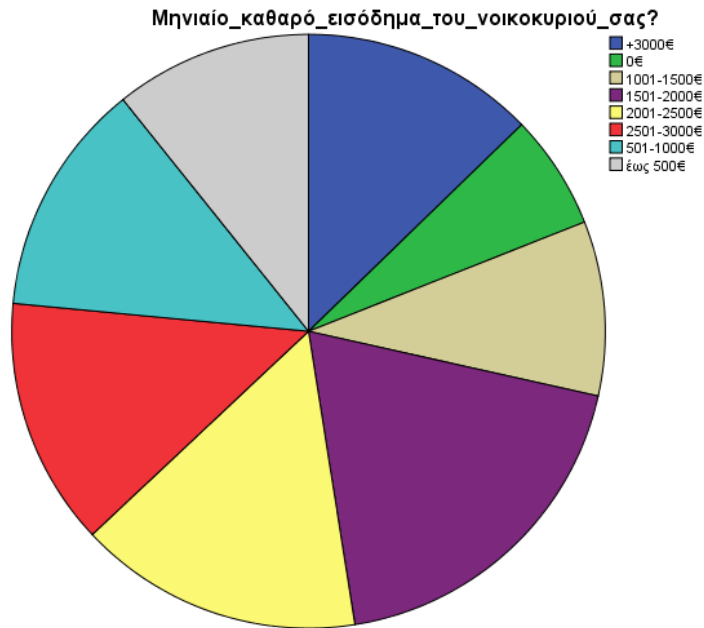
Επάγγελμα

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Ανεργος | 50 | 12,5 | 12,5 | 12,5 |
| Δημόσιος Υπάλληλος | 40 | 10,0 | 10,0 | 22,5 |
| Ελεύθερος Επαγγελματίας | 29 | 7,2 | 7,2 | 29,8 |
| Ιδιωτικός Υπάλληλος | 79 | 19,8 | 19,8 | 49,5 |
| Οικιακά | 48 | 12,0 | 12,0 | 61,5 |
| Συνταξιούχος | 138 | 34,5 | 34,5 | 96,0 |
| Φοιτητής / Φαντάρος | 16 | 4,0 | 4,0 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |



Οι συνταξιούχοι αποτελούν τη μεγαλύτερη ομάδα (34,5%), ενώ οι ιδιωτικοί υπάλληλοι αποτελούν το 19,8%. Η ευρεία ποικιλία επαγγελμάτων αντικατοπτρίζει την οικονομική πολυπολιτισμικότητα.

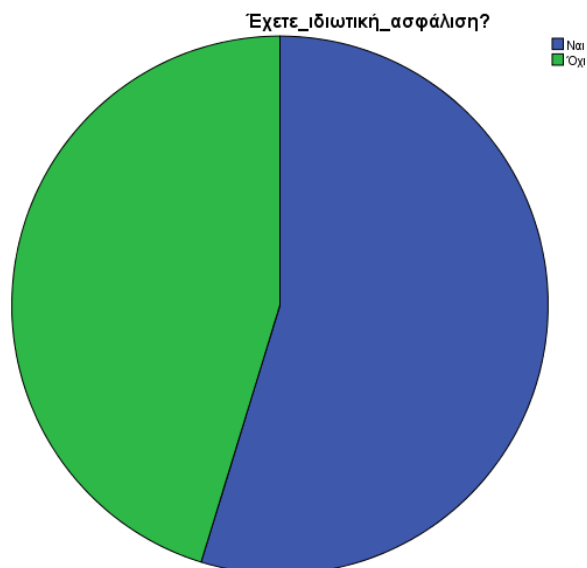
| Μηνιαίο καθαρό εισόδημα του νοικοκυριού σας? | | | | | |
|---|------------|---------|---------------|--------------------|-------|
| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent | |
| | +3000€ | 51 | 12,8 | 12,8 | 12,8 |
| | 0€ | 25 | 6,3 | 6,3 | 19,0 |
| | 1001-1500€ | 38 | 9,5 | 9,5 | 28,5 |
| | 1501-2000€ | 76 | 19,0 | 19,0 | 47,5 |
| Valid | 2001-2500€ | 62 | 15,5 | 15,5 | 63,0 |
| | 2501-3000€ | 54 | 13,5 | 13,5 | 76,5 |
| | 501-1000€ | 51 | 12,8 | 12,8 | 89,3 |
| | έως 500€ | 43 | 10,8 | 10,8 | 100,0 |
| | Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |



Οι περισσότεροι έχουν εισόδημα μεταξύ 1501-2000€ (19%), ενώ το 12,8% δηλώνει εισόδημα άνω των 3000€. Η ύπαρξη ομάδων με χαμηλότερα εισοδήματα αποτελεί επίσης σημαντική παρατήρηση.

Έχετε ιδιωτική ασφάλιση?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Ναι | 219 | 54,8 | 54,8 | 54,8 |
| Valid Όχι | 181 | 45,3 | 45,3 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |



Το γεγονός ότι το 54,8% έχει ιδιωτική ασφάλιση αντικατοπτρίζει το υψηλό επίπεδο επίγνωσης για τη σημασία της ιδιωτικής ασφάλισης για την υγεία.

2β) Αποτελέσματα ανά ενότητα ερωτηματολογίου

Γενική κατάσταση υγείας

| Πώς θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας σήμερα? | | | | | |
|--|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Πολύ καλή | 97 | 24,3 | 24,3 | 24,3 |
| | Καλή | 96 | 24,0 | 24,0 | 48,3 |
| | Μέτρια | 80 | 20,0 | 20,0 | 68,3 |
| | Κακή | 63 | 15,8 | 15,8 | 84,0 |
| | Πολύ κακή | 64 | 16,0 | 16,0 | 100,0 |
| | Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Σχεδόν το 24,3% των συμμετεχόντων χαρακτηρίζει την υγεία του ως "Πολύ καλή", ενώ παρόμοιο ποσοστό, 24%, χαρακτηρίζει την υγεία του ως "Καλή". Οι απαντήσεις "Μέτρια", "Κακή" και "Πολύ κακή" αντιπροσωπεύουν το 76,7% του συνόλου, δείχνοντας ποικιλία στην αντίληψη για την υγεία.

| Έχετε κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας ή χρόνια πάθηση? | | | | | |
|--|-------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Ναι, πάρα πολύ | 202 | 50,5 | 50,5 | 50,5 |
| | Ναι, αλλά όχι πάρα πολύ | 198 | 49,5 | 49,5 | 100,0 |
| | Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Το 50,5% των συμμετεχόντων δηλώνει πως έχει "πάρα πολύ" χρόνια πρόβλημα υγείας, ενώ το 49,5% αναφέρει χρόνια πρόβλημα "αλλά όχι πάρα πολύ". Αυτό αποτυπώνει την ύπαρξη χρόνιων παθήσεων στο δείγμα.

Έχετε περιορισμός στις καθημερινές δραστηριότητες λόγω προβλήματος υγείας?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Πολύ καλή | 243 | 60,8 | 60,8 | 60,8 |
| Καλή | 157 | 39,3 | 39,3 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Το 60,8% των ανταποκρίσεων κατατάσσει την υγεία τους ως "Πολύ καλή", ενώ το 39,3% χαρακτηρίζει την κατάστασή τους ως "Καλή". Αυτό υποδεικνύει ότι η πλειονότητα του δείγματος δεν αντιμετωπίζει περιορισμούς στις καθημερινές τους δραστηριότητες.

Πώς θα χαρακτηρίζατε την στοματική σας υγεία σήμερα?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Πολύ καλή | 83 | 20,8 | 20,8 | 20,8 |
| Καλή | 74 | 18,5 | 18,5 | 39,3 |
| Μέτρια | 86 | 21,5 | 21,5 | 60,8 |
| Κακή | 85 | 21,3 | 21,3 | 82,0 |
| Πολύ κακή | 72 | 18,0 | 18,0 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Το 20,8% των συμμετεχόντων χαρακτηρίζει την στοματική του υγεία ως "Πολύ καλή", ενώ το 18% την χαρακτηρίζει ως "Πολύ κακή". Η πλειονότητα των απαντήσεων (61,2%) κατατάσσει τη στοματική υγεία σε καλή, μέτρια ή κακή κατάσταση.

Πώς θα περιγράφατε την κατάσταση των δοντιών και των ούλων σας?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Πολύ καλή | 112 | 28,0 | 28,0 | 28,0 |
| Καλή | 53 | 13,3 | 13,3 | 41,3 |
| Μέτρια | 54 | 13,5 | 13,5 | 54,8 |
| Κακή | 58 | 14,5 | 14,5 | 69,3 |
| Πολύ κακή | 123 | 30,8 | 30,8 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Το 28% των συμμετεχόντων χαρακτηρίζει την κατάσταση των δοντιών και των ούλων τους ως "Πολύ καλή", ενώ το 30,8% την χαρακτηρίζει ως "Πολύ κακή". Οι υπόλοιπες απαντήσεις αντικατοπτρίζουν την ποικιλία της κατάστασης της στοματικής υγείας.

Λήψη Φαρμάκων

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 2 εβδομάδων λάβατε φάρμακα που σας χορηγήθηκαν με γραπτή συνταγή ιατρού?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Ναι | 259 | 64,8 | 64,8 | 64,8 |
| Valid Όχι | 141 | 35,3 | 35,3 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Το ποσοστό των 64,8% των συμμετεχόντων αναφέρει ότι κατά τη διάρκεια των τελευταίων 2 εβδομάδων έλαβε φάρμακα που του χορηγήθηκαν με γραπτή συνταγή ιατρού, ενώ το 35,3% δηλώνει ότι δεν έλαβε κάποιο φάρμακο με αυτόν τον τρόπο. Η χρήση γραπτών συνταγών αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό ποσοστό του δείγματος, υπογραμμίζοντας τη σημασία της ιατρικής παρέμβασης στη θεραπεία κατά τη διάρκεια αυτού του χρονικού διαστήματος.

Χρήση υπηρεσιών υγείας

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών κάνατε εισαγωγή σε νοσοκομείο κλινική ως ασθενής για μία νύχτα ή περισσότερο?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Ναι | 151 | 37,8 | 37,8 | 37,8 |
| Valid Όχι | 249 | 62,3 | 62,3 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Το 37,8% των συμμετεχόντων έκανε εισαγωγή σε νοσοκομείο για μία νύχτα ή περισσότερο, ενώ το 62,3% δήλωσε ότι δεν είχε υποστεί κάποια νοσοκομειακή

εισαγωγή. Αυτό μπορεί να υποδηλώνει το εύρος και τη συχνότητα των περιστατικών που απαιτούν επιπλέον ιατρική παρακολούθηση.

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών κάνατε εισαγωγή σε νοσοκομείο κλινική για ημερήσια νοσηλεία δηλαδή για ορισμένες μόνο ώρες και εξήλθατε την ίδια ημέρα?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nαι | 79 | 19,8 | 19,8 | 19,8 |
| Valid Όχι | 321 | 80,3 | 80,3 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Το 19,8% των ανθρώπων έκανε εισαγωγή για ημερήσια νοσηλεία, ενώ το 80,3% δήλωσε ότι δεν χρειάστηκε νοσηλεία για περίοδο ημερών. Αυτό μπορεί να αντανακλά την ποικιλία των υγειονομικών αναγκών που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι.

Πότε ήταν η τελευταία φορά που επισκεφτήκατε οδοντίατρο ορθοδοντικό για δικό σας πρόβλημα υγείας?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Κατά τους τελευταίους 6 μήνες | 106 | 26,5 | 26,5 | 26,5 |
| Από 6 έως 12 μήνες πριν | 105 | 26,3 | 26,3 | 52,8 |
| Valid Έναν χρόνο πριν ή περισσότερο | 114 | 28,5 | 28,5 | 81,3 |
| Ποτέ | 75 | 18,8 | 18,8 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Το 26,5% των συμμετεχόντων επισκέφτηκε οδοντίατρο κατά τους τελευταίους 6 μήνες, το 26,3% πριν από 6 έως 12 μήνες, το 28,5% πριν από έναν χρόνο ή περισσότερο, ενώ το 18,8% δεν επισκέφτηκε ποτέ. Η τακτική επίσκεψη στον οδοντίατρο είναι σημαντική για την συντήρηση της ορθοδοντικής υγείας.

Πότε ήταν η τελευταία φορά που επισκεφτήκατε ή συμβουλευτήκατε ιατρό γενικής ιατρικής παθολόγο ή τον οικογενειακό σας ιατρό για δικό σας πρόβλημα υγείας?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|-----------|---------|---------------|--------------------|
|--|-----------|---------|---------------|--------------------|

| | | | | | |
|-------|-------------------------------|-----|-------|-------|-------|
| | Κατά τους τελευταίους 6 μήνες | 105 | 26,3 | 26,3 | 26,3 |
| | Από 6 έως 12 μήνες πριν | 113 | 28,2 | 28,2 | 54,5 |
| Valid | Έναν χρόνο πριν ή περισσότερο | 129 | 32,3 | 32,3 | 86,8 |
| | Ποτέ | 53 | 13,3 | 13,3 | 100,0 |
| | Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Το 26,3% επισκέφτηκε για γενικά ιατρικά προβλήματα τους τελευταίους 6 μήνες, το 28,2% από 6 έως 12 μήνες, το 32,3% πριν από έναν χρόνο ή περισσότερο, ενώ το 13,3% δεν έχει ποτέ επισκεφτεί ιατρό για προσωπικά προβλήματα υγείας. Η τακτική επίσκεψη στον ιατρό γενικής ιατρικής είναι σημαντική για την παρακολούθηση της γενικής υγείας.

| Για να λάβετε υπηρεσίες υγείας επιλέγετε συνήθως? | | | | | |
|--|-------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| | Ιδιωτικό ιατρείο | 99 | 24,8 | 24,8 | 24,8 |
| | Εξωτερικά ιατρεία Νοσοκομείου | 114 | 28,5 | 28,5 | 53,3 |
| Valid | Κέντρο Υγείας | 93 | 23,3 | 23,3 | 76,5 |
| | Δημοτικό ιατρείο | 94 | 23,5 | 23,5 | 100,0 |
| | Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Οι συμμετέχοντες επιλέγουν συνήθως να λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας από ιδιωτικά ιατρεία (24,8%), εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου (28,5%), κέντρα υγείας (23,3%), ή δημοτικά ιατρεία (23,5%). Η επιλογή αυτή μπορεί να επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της άνεσης, της προσβασιμότητας και των προτιμήσεων του ατόμου.

| Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών επισκεφθήκατε φυσικοθεραπευτή/τρια κινησιοθεραπευτή/τρια χειροπράκτη/τρια ή οστεοπαθητικό για δικό σας πρόβλημα υγείας? | | | | | |
|---|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| | Ναι | 196 | 49,0 | 49,0 | 49,0 |
| Valid | Όχι | 204 | 51,0 | 51,0 | 100,0 |
| | Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Περίπου το 49,0% των συμμετεχόντων επισκέφτηκε φυσικοθεραπευτή, κινησιοθεραπευτή, χειροπράκτη ή οστεοπαθητικό για πρόβλημα υγείας τους. Η χρήση αυτών των υπηρεσιών μπορεί να αντανακλά την ανάγκη για φροντίδα και θεραπεία σε σχέση με το κινητικό σύστημα και τον μυϊκό τόνο.

**Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών επισκεφτήκατε ψυχολόγο
ψυχίατρο ή ψυχοθεραπευτή/τρια για δικό σας πρόβλημα υγείας?**

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------|-----------|---------|---------------|-----------------------|
| Valid Ναι | 182 | 45,5 | 45,5 | 45,5 |
| Όχι | 218 | 54,5 | 54,5 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Περίπου το 45,5% των ανθρώπων επισκέφτηκε ψυχολόγο, ψυχίατρο ή ψυχοθεραπευτή για πρόβλημα υγείας. Η προσπάθεια να διατηρηθεί η ψυχική υγεία και να αντιμετωπιστούν ψυχολογικά ζητήματα είναι σημαντική και αποτελεί μέρος της συνολικής φροντίδας υγείας.

**Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών χρησιμοποιήσατε
οποιαδήποτε υπηρεσία φροντίδας νοσηλευτική ή άλλη κατ' οίκον για
δικό σας πρόβλημα υγείας?**

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------|-----------|---------|---------------|-----------------------|
| Valid Ναι | 142 | 35,5 | 35,5 | 35,5 |
| Όχι | 258 | 64,5 | 64,5 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Το 35,5% των ανθρώπων αναφέρει ότι κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών χρησιμοποίησε οποιαδήποτε υπηρεσία φροντίδας νοσηλευτικής ή άλλης κατ' οίκον για δικό της πρόβλημα υγείας. Αυτό υποδηλώνει την ανάγκη για φροντίδα και υποστήριξη στο περιβάλλον του οίκου.

**Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών πραγματοποιήσατε
προληπτικές εξετάσεις?**

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|-----------|---------|---------------|-----------------------|
|--|-----------|---------|---------------|-----------------------|

| | | | | | |
|-------|-------|-----|-------|-------|-------|
| | Ναι | 218 | 54,5 | 54,5 | 54,5 |
| Valid | Όχι | 182 | 45,5 | 45,5 | 100,0 |
| | Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Το 54,5% των ανθρώπων δηλώνει ότι πραγματοποίησε προληπτικές εξετάσεις κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών. Αυτή η συχνότητα υποδηλώνει την επίγνωση του σημαντικού ρόλου της πρόληψης και της προληπτικής φροντίδας στη διατήρηση της υγείας και της ευεξίας.

Ανάγκες υγείας που δεν καλύφθηκαν

Κατά τους τελευταίους 12 μήνες καθυστερήσατε να λάβετε αναγκαία ιατρονοσηλευτική φροντίδα ή δεν τη λάβατε καθόλου λόγω Μεγάλου χρόνου αναμονής?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|------------------------|---------|---------------|--------------------|
| | Ναι, καθυστέρησα | 124 | 31,0 | 31,0 |
| | Ναι, δεν έλαβα καθόλου | 109 | 27,3 | 58,3 |
| Valid | Όχι | 120 | 30,0 | 88,3 |
| | Δεν υπήρξε ανάγκη | 47 | 11,8 | 100,0 |
| | Total | 400 | 100,0 | 100,0 |

Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, περίπου το 31% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι καθυστέρησαν να λάβουν αναγκαία ιατρονοσηλευτική φροντίδα λόγω μεγάλου χρόνου αναμονής. Ενδεχομένως, αυτό να δείχνει σημαντικά προβλήματα στην προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας.

Ακόμη, το 27.3% ανέφερε ότι δεν έλαβε καθόλου ιατρονοσηλευτική φροντίδα λόγω του μεγάλου χρόνου αναμονής, αποτυπώνοντας τη σημαντική πρόκληση που αντιμετωπίζουν ορισμένοι πολίτες στην πρόσβαση σε ιατρική φροντίδα.

Το υπόλοιπο 30% δήλωσε ότι δεν αντιμετώπισε καθυστερήσεις ή δεν υπήρξε ανάγκη για ιατρονοσηλευτική φροντίδα, αν και αυτό μπορεί να υποδεικνύει ότι ορισμένοι πολίτες εξακολουθούν να έχουν πρόσβαση σε επαρκείς υγειονομικές υπηρεσίες.

Κατά τους τελευταίους 12 μήνες καθυστερήσατε να λάβετε αναγκαία ιατρονοσηλευτική φροντίδα ή δεν τη λάβατε καθόλου λόγω Μεγάλης απόστασης ή προβλήματα στη μετακίνηση?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------------------|-----------|---------|---------------|-----------------------|
| Nαι, καθυστέρησα | 110 | 27,5 | 27,5 | 27,5 |
| Nαι, δεν έλαβα καθόλου | 127 | 31,8 | 31,8 | 59,3 |
| Valid Όχι | 115 | 28,7 | 28,7 | 88,0 |
| Δεν υπήρξε ανάγκη | 48 | 12,0 | 12,0 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, περίπου το 27.5% των συμμετεχόντων ανέφεραν καθυστερήσεις στη λήψη ιατρονοσηλευτικής φροντίδας λόγω μεγάλης απόστασης ή προβλημάτων στη μετακίνηση. Αυτό υποδεικνύει τη σημασία της γεωγραφικής προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας.

Επιπλέον, το 31.8% ανέφερε ότι δεν έλαβε καθόλου ιατρονοσηλευτική φροντίδα λόγω της μεγάλης απόστασης, ενισχύοντας την άποψη ότι η φυσική απόσταση αποτελεί σημαντικό εμπόδιο για την υγεία των ατόμων.

Το 88% των συμμετεχόντων φαίνεται να έχει επηρεαστεί από την απόσταση ή τα προβλήματα μετακίνησης στη λήψη ιατρονοσηλευτικής φροντίδας, ενώ το υπόλοιπο 12% δεν είχε ανάγκη για φροντίδα.

Κατά τους τελευταίους 12 μήνες καθυστέρησατε να λάβετε αναγκαία ιατρονοσηλευτική φροντίδα ή δεν τη λάβατε καθόλου λόγω Έλλειψης ή μη διαθεσιμότητας της σχετικής υπηρεσίας?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------------------|-----------|---------|---------------|-----------------------|
| Nαι, καθυστέρησα | 120 | 30,0 | 30,0 | 30,0 |
| Nαι, δεν έλαβα καθόλου | 133 | 33,3 | 33,3 | 63,2 |
| Valid Όχι | 106 | 26,5 | 26,5 | 89,8 |
| Δεν υπήρξε ανάγκη | 41 | 10,3 | 10,3 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, Στον τρίτο πίνακα, το 30% ανέφερε καθυστερήσεις λόγω έλλειψης ή μη διαθεσιμότητας της σχετικής υπηρεσίας. Αυτό μπορεί να αποτελεί ένδειξη προβλημάτων στην οργάνωση ή τη διαχείριση των υπηρεσιών υγείας.

Συνολικά, το 63.2% ανέφερε καθυστερήσεις ή την απουσία ιατρονοσηλευτικής φροντίδας λόγω της μη διαθεσιμότητας υπηρεσιών, ενώ το 10.3% δεν χρειάστηκε καθόλου ιατρονοσηλευτική φροντίδα.

Κατά τους τελευταίους 12 μήνες καθυστερήσατε να λάβετε αναγκαία ιατρονοσηλευτική φροντίδα ή δεν τη λάβατε καθόλου λόγω Οικονομικής επιβάρυνσης?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nαι, καθυστέρησα | 111 | 27,8 | 27,8 | 27,8 |
| Nαι, δεν έλαβα καθόλου | 116 | 29,0 | 29,0 | 56,8 |
| Valid Όχι | 123 | 30,8 | 30,8 | 87,5 |
| Δεν υπήρξε ανάγκη | 50 | 12,5 | 12,5 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, περίπου το 27.8% ανέφερε καθυστερήσεις λόγω οικονομικής επιβάρυνσης. Αυτό ενδέχεται να αντικατοπτρίζει τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν ορισμένοι πολίτες στην πληρωμή των ιατρικών υπηρεσιών.

Επιπλέον, το 29% δεν έλαβε καθόλου ιατρονοσηλευτική φροντίδα λόγω οικονομικών δυσκολιών, ενισχύοντας την άποψη ότι η οικονομική προσβασιμότητα αποτελεί σημαντικό παράγοντα στη λήψη υγειονομικής φροντίδας.

Κατά τους τελευταίους 12 μήνες καθυστερήσατε να λάβετε αναγκαία οδοντιατρική φροντίδα ή δεν τη λάβατε καθόλου λόγω Μεγάλου χρόνου αναμονής?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nαι, καθυστέρησα | 66 | 16,5 | 16,5 | 16,5 |
| Nαι, δεν έλαβα καθόλου | 29 | 7,2 | 7,2 | 23,8 |
| Valid Όχι | 280 | 70,0 | 70,0 | 93,8 |
| Δεν υπήρξε ανάγκη | 25 | 6,3 | 6,3 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, το 16.5% των ενηλίκων ανέφεραν καθυστερήσεις στη λήψη οδοντιατρικής φροντίδας λόγω μεγάλου χρόνου αναμονής. Είναι σημαντικό να εξετάσουμε όχι μόνο τη γενική ιατρονοσηλευτική φροντίδα, αλλά και την οδοντιατρική υγεία.

Σε συνολικά 93.8%, παρατηρείται ότι η πλειονότητα δεν αντιμετώπισε καθυστερήσεις στην οδοντιατρική φροντίδα, ενώ το 6.3% δήλωσε ότι δεν υπήρξε καμία ανάγκη για οδοντιατρική φροντίδα.

Κατά τους τελευταίους 12 μήνες καθυστερήσατε να λάβετε αναγκαία οδοντιατρική φροντίδα ή δεν τη λάβατε καθόλου λόγω έλλειψης ή μη διαθεσιμότητας της σχετικής υπηρεσίας?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nαι, καθυστέρησα | 61 | 15,3 | 15,3 | 15,3 |
| Nαι, δεν έλαβα καθόλου | 24 | 6,0 | 6,0 | 21,3 |
| Valid Όχι | 287 | 71,8 | 71,8 | 93,0 |
| Δεν υπήρξε ανάγκη | 28 | 7,0 | 7,0 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, περίπου το 15.3% ανέφερε καθυστερήσεις στη λήψη οδοντιατρικής φροντίδας λόγω έλλειψης ή μη διαθεσιμότητας της σχετικής υπηρεσίας. Αυτό μπορεί να υποδεικνύει προκλήσεις στην προσφορά οδοντιατρικών υπηρεσιών. Επιπλέον, το 6% δεν έλαβε καθόλου οδοντιατρική φροντίδα λόγω έλλειψης υπηρεσιών, ενισχύοντας την άποψη ότι η διαθεσιμότητα υγειονομικών υπηρεσιών αποτελεί καίριο ζήτημα.

Κατά τους τελευταίους 12 μήνες καθυστερήσατε να λάβετε αναγκαία οδοντιατρική φροντίδα ή δεν τη λάβατε καθόλου λόγω οικονομικής επιβάρυνσης?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nαι, καθυστέρησα | 71 | 17,8 | 17,8 | 17,8 |
| Nαι, δεν έλαβα καθόλου | 21 | 5,3 | 5,3 | 23,0 |
| Valid Όχι | 286 | 71,5 | 71,5 | 94,5 |
| Δεν υπήρξε ανάγκη | 22 | 5,5 | 5,5 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, περίπου το 17.8% των συμμετεχόντων ανέφερε καθυστερήσεις στη λήψη οδοντιατρικής φροντίδας λόγω οικονομικής επιβάρυνσης. Αυτό ενδέχεται να αντανακλά τις οικονομικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν ορισμένοι στην πρόσβαση σε οδοντιατρική φροντίδα. Επιπλέον, το 5.3% δεν έλαβε καθόλου οδοντιατρική φροντίδα λόγω οικονομικών δυσκολιών, ενισχύοντας την άποψη ότι η οικονομική προσβασιμότητα είναι σημαντική για την υγεία των δοντιών.

Κατά τους τελευταίους 12 μήνες υπήρξε περίπτωση που χρειαστήκατε κάποια Ιατρική φροντίδα ή θεραπεία αλλά δεν είχατε τη δυνατότητα να ανταποκριθείτε οικονομικά?

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Όχι | 400 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, το 100% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι δεν υπήρξε περίπτωση που χρειάστηκαν ιατρική φροντίδα ή θεραπεία αλλά δεν είχαν τη δυνατότητα να ανταποκριθούν οικονομικά.

Κατά τους τελευταίους 12 μήνες υπήρξε περίπτωση που χρειαστήκατε κάποια Οδοντιατρική φροντίδα ή θεραπεία αλλά δεν είχατε τη δυνατότητα να ανταποκριθείτε οικονομικά?

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | Ναι | 204 | 51,0 | 51,0 | 51,0 |
| Valid | Όχι | 196 | 49,0 | 49,0 | 100,0 |
| | Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, περίπου το 51% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι χρειάστηκαν οδοντιατρική φροντίδα ή θεραπεία, αλλά δεν είχαν τη δυνατότητα να ανταποκριθούν οικονομικά. Επομένως, η οικονομική δυσκολία αντιμετωπίζεται από ένα μεγάλο ποσοστό ανθρώπων όσον αφορά την οδοντιατρική φροντίδα.

Κατά τους τελευταίους 12 μήνες υπήρξε περίπτωση που χρειαστήκατε Αγορά φαρμάκων που έχουν συστηθεί από ιατρό αλλά δεν είχατε τη δυνατότητα να ανταποκριθείτε οικονομικά?

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | Ναι | 177 | 44,3 | 44,3 | 44,3 |
| Valid | Όχι | 223 | 55,8 | 55,8 | 100,0 |
| | Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, το 44.3% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι χρειάστηκαν αγορά φαρμάκων που είχαν συσταθεί από ιατρό, αλλά δεν είχαν τη

δυνατότητα να ανταποκριθούν οικονομικά. Η περιορισμένη πρόσβαση σε φάρμακα μπορεί να έχει επιπτώσεις στην υγεία των ατόμων.

Κατά τους τελευταίους 12 μήνες υπήρξε περίπτωση που χρειαστήκατε Υπηρεσίες φροντίδας ψυχικής υγείας αλλά δεν είχατε τη δυνατότητα να ανταποκριθείτε οικονομικά?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Ναι | 194 | 48,5 | 48,5 | 48,5 |
| Valid Όχι | 206 | 51,5 | 51,5 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, το 48.5% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι χρειάστηκαν υπηρεσίες φροντίδας ψυχικής υγείας, αλλά δεν είχαν τη δυνατότητα να ανταποκριθούν οικονομικά. Η προσβασιμότητα σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας φαίνεται να αποτελεί πρόκληση για ορισμένα άτομα.

Κατά τους τελευταίους 12 μήνες υπήρξε περίπτωση που χρειαστήκατε Αγορά τεχνικών βοηθημάτων ή ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού αλλά δεν είχατε τη δυνατότητα να ανταποκριθείτε οικονομικά?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Ναι | 290 | 72,5 | 72,5 | 72,5 |
| Valid Όχι | 110 | 27,5 | 27,5 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, το 72.5% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι χρειάστηκαν αγορά τεχνικών βοηθημάτων ή ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, αλλά δεν είχαν τη δυνατότητα να ανταποκριθούν οικονομικά. Αυτό αναδεικνύει τη σημασία της οικονομικής προσβασιμότητας σε τεχνικά βοηθήματα για τα άτομα με ειδικές ανάγκες.

Θα θέλατε να λαμβάνετε υπηρεσίες στο σπίτι?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Ναι | 204 | 51,0 | 51,0 | 51,0 |
| Valid Όχι | 108 | 27,0 | 27,0 | 78,0 |
| Δεν υπήρξε ανάγκη | 88 | 22,0 | 22,0 | 100,0 |

| | | | |
|-------|-----|-------|-------|
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 |
|-------|-----|-------|-------|

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 51% των συμμετεχόντων εκφράζει την επιθυμία να λαμβάνει υπηρεσίες υγείας στο σπίτι, ενώ το 27% δηλώνει ότι δεν θα ήθελε να χρησιμοποιήσει αυτές τις υπηρεσίες. Επιπλέον, το 22% αναφέρει ότι δεν υπήρξε ποτέ ανάγκη για αυτού του είδους τις υπηρεσίες.

θα θέλατε να λαμβάνετε Υπηρεσίες υγείας Αποκατάστασης ενδυνάμωσης του ασθενούς?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Ναι | 243 | 60,8 | 60,8 | 60,8 |
| Valid Όχι | 77 | 19,3 | 19,3 | 80,0 |
| Valid Δεν υπήρξε ανάγκη | 80 | 20,0 | 20,0 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Για τις υπηρεσίες αποκατάστασης ενδυνάμωσης, το 60.8% εκφράζει την επιθυμία του, ενώ το 19.3% αντιτίθεται σε αυτές. Επιπλέον, το 20% δηλώνει ότι δεν υπήρξε ανάγκη για αυτού του είδους τις υπηρεσίες.

θα θέλατε να λαμβάνετε Υπηρεσίες υγείας Προστασίας από λοιμώξεις?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Ναι | 202 | 50,5 | 50,5 | 50,5 |
| Valid Όχι | 99 | 24,8 | 24,8 | 75,3 |
| Valid Δεν υπήρξε ανάγκη | 99 | 24,8 | 24,8 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Σχετικά με τις υπηρεσίες προστασίας από λοιμώξεις, το 50.5% των συμμετεχόντων εκφράζει την προτίμησή του. Το 24.8% δηλώνει ότι δεν θα χρησιμοποιούσε αυτές τις υπηρεσίες, ενώ το ίδιο ποσοστό δηλώνει ότι δεν υπήρξε ποτέ ανάγκη.

θα θέλατε να λαμβάνετε Υπηρεσίες υγείας Νοσηλευτικής φροντίδας για χρόνιες και οξείες περιπτώσεις ασθενειών?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|-----------|---------|---------------|--------------------|
|--|-----------|---------|---------------|--------------------|

| | | | | | |
|-------|-------------------|-----|-------|-------|-------|
| | Ναι | 202 | 50,5 | 50,5 | 50,5 |
| Valid | Όχι | 91 | 22,8 | 22,8 | 73,3 |
| | Δεν υπήρξε ανάγκη | 107 | 26,8 | 26,8 | 100,0 |
| | Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Για τις υπηρεσίες νοσηλευτικής φροντίδας, το 50.5% εκφράζει ενδιαφέρον. Το 22.8% αντιτίθεται σε αυτές, ενώ το 26.8% δηλώνει ότι δεν υπήρξε ανάγκη για αυτού του είδους τις υπηρεσίες.

| θα θέλατε να λαμβάνετε Υπηρεσίες υγείας Εργοθεραπείας? | | | | | |
|---|-------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| | Ναι | 202 | 50,5 | 50,5 | 50,5 |
| Valid | Όχι | 107 | 26,8 | 26,8 | 77,3 |
| | Δεν υπήρξε ανάγκη | 91 | 22,8 | 22,8 | 100,0 |
| | Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 50.5% των ανταποκρινομένων δηλώνει ότι θα ήθελε να λαμβάνει υπηρεσίες υγείας εργοθεραπείας. Αντίθετα, το 26.8% δεν θα προτιμούσε αυτές τις υπηρεσίες, ενώ το 22.8% δηλώνει ότι δεν είχε ποτέ ανάγκη για αυτού του είδους τις υπηρεσίες.

| θα θέλατε να λαμβάνετε Υπηρεσίες υγείας Φυσιοθεραπείας? | | | | | |
|--|-------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| | Ναι | 299 | 74,8 | 74,8 | 74,8 |
| Valid | Όχι | 54 | 13,5 | 13,5 | 88,3 |
| | Δεν υπήρξε ανάγκη | 47 | 11,8 | 11,8 | 100,0 |
| | Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Για τις υπηρεσίες φυσιοθεραπείας, το 74.8% των συμμετεχόντων εκφράζει την επιθυμία του. Το 13.5% αντιτίθεται, ενώ το 11.8% δηλώνει ότι δεν υπήρξε ποτέ ανάγκη.

| θα θέλατε να λαμβάνετε Υπηρεσίες υγείας Σχημάτων ιατρικής θεραπείας στο σπίτι? | | | | | |
|---|--|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |

| | | | | | |
|-------|-------------------|-----|-------|-------|-------|
| | Ναι | 216 | 54,0 | 54,0 | 54,0 |
| Valid | Όχι | 81 | 20,3 | 20,3 | 74,3 |
| | Δεν υπήρξε ανάγκη | 103 | 25,8 | 25,8 | 100,0 |
| | Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Το 54% των ανταποκρινομένων εκφράζει επιθυμία για λήψη υπηρεσιών υγείας σχημάτων ιατρικής θεραπείας στο σπίτι. Το 20.3% δηλώνει ότι δεν επιθυμεί αυτού του είδους υπηρεσίες, ενώ το 25.8% δεν είχε ποτέ ανάγκη για αυτές.

θα θέλατε να λαμβάνετε Υπηρεσίες υγείας Φροντίδας σε ηλικιωμένους με επιπλοκές στην υγεία τους?

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | Ναι | 196 | 49,0 | 49,0 | 49,0 |
| Valid | Όχι | 115 | 28,7 | 28,7 | 77,8 |
| | Δεν υπήρξε ανάγκη | 89 | 22,3 | 22,3 | 100,0 |
| | Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Το 49% των ανταποκρινομένων εκφράζει την επιθυμία του για υπηρεσίες υγείας φροντίδας σε ηλικιωμένους με επιπλοκές στην υγεία τους. Το 28.7% δηλώνει ότι δεν θα προτιμούσε αυτές τις υπηρεσίες, ενώ το 22.3% δηλώνει ότι δεν είχε ποτέ ανάγκη για αυτές.

Θα θέλατε να λαμβάνετε Υπηρεσίες υγείας Φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου?

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | Ναι | 206 | 51,5 | 51,5 | 51,5 |
| Valid | Όχι | 49 | 12,3 | 12,3 | 63,7 |
| | Δεν υπήρξε ανάγκη | 145 | 36,3 | 36,3 | 100,0 |
| | Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Το 51.5% των ανταποκρινομένων εκφράζει επιθυμία για υπηρεσίες υγείας φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου. Το 12.3% δηλώνει ότι δεν θα προτιμούσε αυτές τις υπηρεσίες, ενώ το 36.3% δηλώνει ότι δεν είχε ποτέ ανάγκη για αυτές.

θα θέλατε να λαμβάνετε Υπηρεσίες υγείας Οικιακές εργασίες?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------------------|---------|---------------|-----------------------|
| Valid | | | | |
| | Ναι | 206 | 51,5 | 51,5 |
| | Όχι | 85 | 21,3 | 72,8 |
| | Δεν υπήρξε ανάγκη | 109 | 27,3 | 100,0 |
| | Total | 400 | 100,0 | 100,0 |

Το 51.5% των ανταποκρινομένων εκφράζει επιθυμία για υπηρεσίες υγείας οικιακών εργασιών. Το 21.3% δηλώνει ότι δεν θα προτιμούσε αυτές τις υπηρεσίες, ενώ το 27.3% δηλώνει ότι δεν είχε ποτέ ανάγκη για αυτές.

θα θέλατε να λαμβάνετε Υπηρεσίες υγείας για Αγορές?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------------------|---------|---------------|-----------------------|
| Valid | | | | |
| | Ναι | 222 | 55,5 | 55,5 |
| | Όχι | 85 | 21,3 | 76,8 |
| | Δεν υπήρξε ανάγκη | 93 | 23,3 | 100,0 |
| | Total | 400 | 100,0 | 100,0 |

Το 55.5% των ανταποκρινομένων εκφράζει επιθυμία για υπηρεσίες υγείας για αγορές. Το 21.3% δηλώνει ότι δεν θα προτιμούσε αυτές τις υπηρεσίες, ενώ το 23.3% δηλώνει ότι δεν είχε ποτέ ανάγκη για αυτές.

θα θέλατε να λαμβάνετε Υπηρεσίες υγείας για Φαγητό?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------------------|---------|---------------|-----------------------|
| Valid | | | | |
| | Ναι | 218 | 54,5 | 54,5 |
| | Όχι | 87 | 21,8 | 76,3 |
| | Δεν υπήρξε ανάγκη | 95 | 23,8 | 100,0 |
| | Total | 400 | 100,0 | 100,0 |

Το 54.5% των ανταποκρινομένων εκφράζει επιθυμία για υπηρεσίες υγείας για φαγητό. Το 21.8% δηλώνει ότι δεν θα προτιμούσε αυτές τις υπηρεσίες, ενώ το 23.8% δηλώνει ότι δεν είχε ποτέ ανάγκη για αυτές.

θα θέλατε να λαμβάνετε Υπηρεσίες υγείας για Καθαριότητα?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|-----------|---------|---------------|-----------------------|
|--|-----------|---------|---------------|-----------------------|

| | | | | | |
|-------|-------------------|-----|-------|-------|-------|
| | Ναι | 223 | 55,8 | 55,8 | 55,8 |
| Valid | Όχι | 81 | 20,3 | 20,3 | 76,0 |
| | Δεν υπήρξε ανάγκη | 96 | 24,0 | 24,0 | 100,0 |
| Total | | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Το 55.8% των ανταποκρινομένων εκφράζει επιθυμία για υπηρεσίες υγείας για καθαριότητα. Το 20.3% δηλώνει ότι δεν θα προτιμούσε αυτές τις υπηρεσίες, ενώ το 24% δηλώνει ότι δεν είχε ποτέ ανάγκη για αυτές.

| θα θέλατε να λαμβάνετε Υπηρεσίες υγείας για Κοινωνικές δραστηριότητες? | | | | | |
|---|-------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Ναι | 221 | 55,3 | 55,3 | 55,3 |
| | Όχι | 85 | 21,3 | 21,3 | 76,5 |
| | Δεν υπήρξε ανάγκη | 94 | 23,5 | 23,5 | 100,0 |
| Total | | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας για κοινωνικές δραστηριότητες, το 55,3% των συμμετεχόντων εκφράζει το ενδιαφέρον του για αυτές τις υπηρεσίες. Από την άλλη πλευρά, το 21,3% δηλώνει ότι δεν επιθυμεί να λαμβάνει τέτοιες υπηρεσίες. Σημαντικό είναι επίσης το ποσοστό των ανθρώπων που δεν υπήρξε ποτέ ανάγκη για αυτές τις υπηρεσίες, το οποίο ανέρχεται στο 23,5%. Οι κοινωνικές δραστηριότητες φαίνεται να είναι σημαντικός παράγοντας για το κοινό που συμμετείχε στην έρευνα.

| θα θέλατε να λαμβάνετε Υπηρεσίες υγείας για Συνοδεία στο περπάτημα κλπ? | | | | | |
|--|-------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Ναι | 212 | 53,0 | 53,0 | 53,0 |
| | Όχι | 97 | 24,3 | 24,3 | 77,3 |
| | Δεν υπήρξε ανάγκη | 91 | 22,8 | 22,8 | 100,0 |
| Total | | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Όσον αφορά τις υπηρεσίες συνοδείας στο περπάτημα και άλλες δραστηριότητες κινητικότητας, το 53% των συμμετεχόντων δηλώνει ότι θα ήθελε να λαμβάνει αυτές τις υπηρεσίες. Εναντίον αυτού, το 24,3% δηλώνει ότι δεν θα ενδιαφερόταν για τέτοιες υπηρεσίες. Τέλος, το 22,8% των ανθρώπων δηλώνει ότι δεν υπήρξε ποτέ ανάγκη για αυτού του είδους τις υπηρεσίες. Η συνοδεία σε

δραστηριότητες κινητικότητας εμφανίζεται ως σημαντική για ένα σημαντικό ποσοστό του κοινού.

Ερωτηματολόγιο υγείας SF-36

| Σε γενικές γραμμές θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι? | | | | | |
|--|------------|---------|---------------|------------|-------|
| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative | |
| | | | | Percent | |
| | Εξαιρετική | 29 | 7,2 | 7,2 | 7,2 |
| | Πολύ καλή | 32 | 8,0 | 8,0 | 15,3 |
| Valid | Καλή | 108 | 27,0 | 27,0 | 42,3 |
| | Μέτρια | 113 | 28,2 | 28,2 | 70,5 |
| | Κακή | 118 | 29,5 | 29,5 | 100,0 |
| | Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Ένα σημαντικό ποσοστό των ανθρώπων (15,2%) αναφέρει ότι η υγεία τους είναι εξαιρετική ή πολύ καλή. Είναι θετικό που η πλειονότητα βρίσκεται σε αυτήν την κατηγορία. Ωστόσο, το 29,5% αναφέρει κακή υγεία, προκαλώντας ανησυχίες.

Συγκρίνοντας την υγεία σας τώρα με την υγεία που είχατε ένα χρόνο πριν θα λέγατε ότι τώρα είναι

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative | |
|-------|-----------------|---------|---------------|------------|-------|
| | | | | Percent | |
| | Πολύ Καλύτερη | 32 | 8,0 | 8,0 | 8,0 |
| | Κάπως καλύτερη | 19 | 4,8 | 4,8 | 12,8 |
| Valid | Περίπου ίδια | 38 | 9,5 | 9,5 | 22,3 |
| | Κάπως χειρότερη | 171 | 42,8 | 42,8 | 65,0 |
| | Πολύ χειρότερη | 140 | 35,0 | 35,0 | 100,0 |
| | Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Μέσα από τα αποτελέσματα του πίνακα, προκύπτει μια ποικιλία στις απόψεις των ανθρώπων σχετικά με την εξέλιξη της υγείας τους. Το 8,0% δηλώνει ότι η υγεία τους είναι πολύ καλύτερη τώρα, ενώ το 4,8% αναφέρει κάποια βελτίωση. Συγχρόνως, το 9,5% θεωρεί ότι η υγεία τους παραμένει περίπου ίδια. Ωστόσο, ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι το 78,2% των ανθρώπων δηλώνει πως η υγεία τους είναι είτε κάπως είτε πολύ χειρότερη σε σχέση με πριν έναν χρόνο. Είναι σημαντικό να διερευνηθούν

οι πιθανοί παράγοντες που συνέβαλαν σε αυτήν την εξέλιξη και να παρέχεται κατάλληλη υγειονομική πρόνοια εκεί που είναι απαραίτητο.

Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει να κάνετε έντονες σωματικές δραστηριότητες πχ τρέξιμο σήκωμα βαριών αντικειμένων συμμετοχή σε επίπονα αθλήματα κλπ?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Πολύ | 207 | 51,7 | 51,7 | 51,7 |
| Valid Λίγο | 141 | 35,3 | 35,3 | 87,0 |
| Valid Καθόλου | 52 | 13,0 | 13,0 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Συνολικά, το 51,7% των ανθρώπων αναφέρει ότι η υγεία τους τους περιορίζει σε μεγάλο βαθμό σε αυτές τις δραστηριότητες, ενώ το 35,3% δηλώνει κάποιον περιορισμό σε μικρότερο βαθμό. Εξίσου σημαντικό είναι το γεγονός ότι το 13,0% των ανθρώπων αναφέρει ότι η υγεία τους δεν τους περιορίζει καθόλου σε έντονες σωματικές δραστηριότητες. Αυτό μπορεί να υποδεικνύει ότι ένα μέρος του πληθυσμού έχει τη δυνατότητα να διατηρεί υψηλά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας παρά τις πιθανές περιοριστικές συνθήκες υγείας.

Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει να κάνετε μέτριες σωματικές δραστηριότητες πχ μετακίνηση τραπεζιού χρήση ηλεκτρικής σκούπας περίπατο ελαφρό τροχάδην κλπ?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Πολύ | 206 | 51,5 | 51,5 | 51,5 |
| Valid Λίγο | 141 | 35,3 | 35,3 | 86,8 |
| Valid Καθόλου | 53 | 13,3 | 13,3 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Το 51,5% των ανθρώπων αναφέρει ότι η υγεία τους τους περιορίζει πολύ σε αυτού του είδους τις δραστηριότητες, ενώ το 35,3% δηλώνει κάποιον περιορισμό σε μικρότερο βαθμό. Εξίσου σημαντικό είναι το γεγονός ότι το 13,3% των ανθρώπων αναφέρει ότι η υγεία τους δεν τους περιορίζει καθόλου σε μέτριες σωματικές δραστηριότητες.

Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει να σηκώνετε ή να μεταφέρετε σακούλες με ψώνια από το σούπερ μάρκετ?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Πολύ | 221 | 55,3 | 55,3 | 55,3 |
| Λίγο | 128 | 32,0 | 32,0 | 87,3 |
| Καθόλου | 51 | 12,8 | 12,8 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Από τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα, φαίνεται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες (55,3%) αντιμετωπίζουν σημαντικούς περιορισμούς στη δυνατότητά τους να σηκώνουν ή να μεταφέρουν σακούλες με αγορές από το σούπερ μάρκετ. Επιπλέον, το 32,0% αναφέρει μικρότερο βαθμό περιορισμού, ενώ το 12,8% δηλώνει ότι δεν αντιμετωπίζει καθόλου προβλήματα σε αυτήν την καθημερινή δραστηριότητα. Οι απαντήσεις αυτές υπογραμμίζουν τη σημασία της διαχείρισης των καθημερινών εργασιών με βάση τις ατομικές ανάγκες και την κατάσταση υγείας.

Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει να ανεβαίνετε αρκετούς ορόφους από τις σκάλες?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Πολύ | 210 | 52,5 | 52,5 | 52,5 |
| Λίγο | 145 | 36,3 | 36,3 | 88,8 |
| Καθόλου | 45 | 11,3 | 11,3 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Σχετικά με τον παραπάνω πίνακα, παρατηρούμε ότι το 52,5% των ανθρώπων αντιμετωπίζει σημαντικούς περιορισμούς στη δυνατότητά τους να ανεβαίνουν αρκετούς ορόφους από τις σκάλες. Επιπλέον, το 36,3% αναφέρει κάποιο βαθμό περιορισμού, ενώ το 11,3% δηλώνει ότι δεν αντιμετωπίζει καθόλου προβλήματα σε αυτήν την καθημερινή δραστηριότητα. Οι απαντήσεις αυτές αναδεικνύουν τη σημασία της ευαισθητοποίησης και της παροχής βοήθειας σε αυτούς που αντιμετωπίζουν περιορισμούς στην κινητικότητα, προκειμένου να διευκολυνθεί η καθημερινότητά τους.

Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει να ανεβαίνετε έναν όροφο από τις σκάλες?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Πολύ | 204 | 51,0 | 51,0 |
| | Λίγο | 136 | 34,0 | 85,0 |
| | Καθόλου | 60 | 15,0 | 100,0 |
| | Total | 400 | 100,0 | 100,0 |

Από τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα, προκύπτει ότι το 51,0% των ανθρώπων αντιμετωπίζει σημαντικούς περιορισμούς στη δυνατότητά τους να ανεβαίνουν έναν όροφο από τις σκάλες. Επιπλέον, το 34,0% δηλώνει κάποιο βαθμό περιορισμού, ενώ το 15,0% αναφέρει ότι δεν αντιμετωπίζει καθόλου προβλήματα σε αυτήν την καθημερινή δραστηριότητα. Οι απαντήσεις αυτές υποδεικνύουν την ποικιλομορφία των περιορισμών που μπορεί να επηρεάζουν την κινητικότητα του ατόμου.

Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει να σκύβετε ή να γονατίζετε?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Πολύ | 228 | 57,0 | 57,0 |
| | Λίγο | 118 | 29,5 | 86,5 |
| | Καθόλου | 54 | 13,5 | 100,0 |
| | Total | 400 | 100,0 | 100,0 |

Σχετικά με τον παραπάνω πίνακα, παρατηρούμε ότι το 57,0% των ανθρώπων αντιμετωπίζει σημαντικούς περιορισμούς στη δυνατότητά τους να σκύβουν ή να γονατίζουν. Επιπλέον, το 29,5% δηλώνει κάποιο βαθμό περιορισμού, ενώ το 13,5% αναφέρει ότι δεν αντιμετωπίζει καθόλου προβλήματα σε αυτήν την καθημερινή δραστηριότητα. Οι απαντήσεις αυτές επισημαίνουν τη σημασία της εξατομικευμένης φροντίδας για όσους αντιμετωπίζουν προβλήματα κινητικότητας.

Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει να περπατάτε περισσότερο από ένα χιλιόμετρο?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Πολύ | 217 | 54,3 | 54,3 |
| | Λίγο | 137 | 34,3 | 88,5 |
| | Καθόλου | 46 | 11,5 | 100,0 |

| | | | |
|-------|-----|-------|-------|
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 |
|-------|-----|-------|-------|

Αναφορικά με τον παραπάνω πίνακα, προκύπτει ότι το 54,3% των ανθρώπων αντιμετωπίζει σημαντικούς περιορισμούς στη δυνατότητά τους να περπατούν πάνω από ένα χιλιόμετρο. Επιπλέον, το 34,3% δηλώνει κάποιο βαθμό περιορισμού, ενώ το 11,5% αναφέρει ότι δεν αντιμετωπίζει καθόλου προβλήματα σε αυτήν την καθημερινή δραστηριότητα. Οι απαντήσεις αυτές υπογραμμίζουν τη σημασία της διατήρησης της φυσικής κινητικότητας για τη γενική ευεξία.

| Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει να περπατάτε αρκετά τετράγωνα? | | | | | |
|---|-----------|---------|---------------|--------------------|-------|
| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent | |
| Valid | Πολύ | 189 | 47,3 | 47,3 | 47,3 |
| | Λίγο | 156 | 39,0 | 39,0 | 86,3 |
| | Καθόλου | 55 | 13,8 | 13,8 | 100,0 |
| | Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Όσον αφορά τον παραπάνω πίνακα, παρατηρούμε ότι το 47,3% των ανθρώπων αντιμετωπίζει σημαντικούς περιορισμούς στη δυνατότητά τους να περπατούν αρκετά τετράγωνα. Επιπλέον, το 39,0% δηλώνει κάποιο βαθμό περιορισμού, ενώ το 13,8% αναφέρει ότι δεν αντιμετωπίζει καθόλου προβλήματα σε αυτήν την καθημερινή δραστηριότητα. Οι απαντήσεις αυτές υπογραμμίζουν την ανάγκη για προσαρμογή του περιβάλλοντος προκειμένου να ενισχυθεί η κινητικότητα αυτών των ατόμων.

| Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει να περπατάτε ένα τετράγωνο? | | | | | |
|--|-----------|---------|---------------|--------------------|-------|
| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent | |
| Valid | Πολύ | 227 | 56,8 | 56,8 | 56,8 |
| | Λίγο | 129 | 32,3 | 32,3 | 89,0 |
| | Καθόλου | 44 | 11,0 | 11,0 | 100,0 |
| | Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Στον παραπάνω πίνακα, παρατηρούμε ότι το 56,8% των ανθρώπων αντιμετωπίζει σημαντικούς περιορισμούς στη δυνατότητά τους να περπατούν ένα τετράγωνο. Επιπλέον, το 32,3% δηλώνει κάποιο βαθμό περιορισμού, ενώ το 11,0%

αναφέρει ότι δεν αντιμετωπίζει καθόλου προβλήματα σε αυτήν την καθημερινή δραστηριότητα.

Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει να πλένεσθε ή να ντύνεστε μόνοι σας?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Πολύ | 220 | 55,0 | 55,0 | 55,0 |
| Λίγο | 127 | 31,8 | 31,8 | 86,8 |
| Καθόλου | 53 | 13,3 | 13,3 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Αναφορικά με τον παραπάνω πίνακα, παρατηρούμε ότι το 55,0% των ανθρώπων αντιμετωπίζει σημαντικούς περιορισμούς στη δυνατότητά τους να πλένονται ή να ντύνονται μόνοι τους. Επιπλέον, το 31,8% δηλώνει κάποιο βαθμό περιορισμού, ενώ το 13,3% αναφέρει ότι δεν αντιμετωπίζει καθόλου προβλήματα σε αυτήν την καθημερινή δραστηριότητα.

Τον τελευταίο μήνα μειώσατε το χρόνο που διαθέτατε για την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας σαν αποτέλεσμα της υγείας σας?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Πολύ | 262 | 65,5 | 65,5 | 65,5 |
| Λίγο | 138 | 34,5 | 34,5 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Στον παραπάνω πίνακα, το 65,5% των ανθρώπων αναφέρει ότι μείωσε σημαντικά τον χρόνο που διαθέτει για εργασία ή άλλες ασχολίες του λόγω της υγείας τους. Αυτό δείχνει την έντονη επίδραση που έχει η υγεία στις καθημερινές υποχρεώσεις και τις δραστηριότητες τους.

Τον τελευταίο μήνα κάνατε λιγότερα πράγματα από όσο θα θέλατε σαν αποτέλεσμα της υγείας σας?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Πολύ | 263 | 65,8 | 65,8 | 65,8 |
| Λίγο | 137 | 34,3 | 34,3 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Στον παραπάνω πίνακα, το 65,8% αναφέρει ότι κατά τον τελευταίο μήνα έκανε λιγότερα πράγματα από όσα θα ήθελε λόγω της υγείας του. Αυτό υπογραμμίζει τη δυσκολία που αντιμετωπίζουν στο να διατηρήσουν το επίπεδο των καθημερινών τους δραστηριοτήτων λόγω των υγειονομικών προβλημάτων.

Τον τελευταίο μήνα περιορίσατε το είδος της εργασίας ή των άλλων ασχολιών σας σαν αποτέλεσμα της υγείας σας?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Nαι | 261 | 65,3 | 65,3 | 65,3 |
| Valid Όχι | 139 | 34,8 | 34,8 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Κατά τον τελευταίο μήνα, το 65,3% των ανθρώπων αναφέρει ότι περιορίσε το είδος της εργασίας ή των άλλων ασχολιών τους λόγω της υγείας τους. Αυτό υποδεικνύει την ανάγκη προσαρμογής των επαγγελματικών δραστηριοτήτων για την αντιμετώπιση των υγειονομικών προβλημάτων.

Τον τελευταίο μήνα χρειάστηκε να κάνετε μεγαλύτερη προσπάθεια για να εκτελέσετε την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας σαν αποτέλεσμα της υγείας σας?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Nαι | 261 | 65,3 | 65,3 | 65,3 |
| Valid Όχι | 139 | 34,8 | 34,8 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Κατά τον τελευταίο μήνα, το 65,3% των ανθρώπων αναφέρει ότι χρειάστηκε να καταβάλει μεγαλύτερη προσπάθεια για την εκτέλεση των εργασιών τους λόγω της υγείας τους. Αυτό καταδεικνύει την αντίκτυπο της υγείας στην καθημερινή παραγωγικότητα και την ανάγκη για επιπλέον προσπάθεια.

Τον τελευταίο μήνα μειώσατε το χρόνο που διαθέτατε για την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας σαν αποτέλεσμα της ψυχολογικής σας κατάστασης?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|-----------|---------|---------------|--------------------|
|--|-----------|---------|---------------|--------------------|

| | | | | | |
|-------|-------|-----|-------|-------|-------|
| | Nαι | 209 | 52,3 | 52,3 | 52,3 |
| Valid | Όχι | 191 | 47,8 | 47,8 | 100,0 |
| | Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Κατά τον τελευταίο μήνα, σχετικά με την ψυχολογική κατάσταση, το 52,3% των ανθρώπων αναφέρει ότι μείωσε το χρόνο που διαθέτει για την εργασία ή τις άλλες ασχολίες τους λόγω της ψυχολογικής κατάστασής τους. Αυτό υπογραμμίζει τον σημαντικό ρόλο που παίζει η ψυχική υγεία στην ημερήσια οργάνωση και εκτέλεση καθημερινών καθηκόντων.

Τον τελευταίο μήνα κάνατε λιγότερα πράγματα από όσο θα θέλατε σαν αποτέλεσμα της ψυχολογικής σας κατάστασης?

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | Nαι | 207 | 51,7 | 51,7 | 51,7 |
| Valid | Όχι | 193 | 48,3 | 48,3 | 100,0 |
| | Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Από τον πίνακα προκύπτει ότι το 51,7% των αντιστοιχούντων ενεργειών πραγματοποιήθηκαν λιγότερο από όσο επιθυμούσαν λόγω της ψυχολογικής κατάστασής τους, ενώ το υπόλοιπο 48,3% δεν αντιμετώπισε παρόμοια επίπτωση. Οι αποκλίσεις αυτές μπορεί να αποτελούν αντικείμενο περαιτέρω ανάλυσης για την κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη δραστηριότητα κατά τη διάρκεια ψυχολογικών δυσκολιών.

Τον τελευταίο μήνα δεν κάνατε την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας τόσο προσεκτικά όπως συνήθως σαν αποτέλεσμα της ψυχολογικής σας κατάστασης?

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | Nαι | 207 | 51,7 | 51,7 | 51,7 |
| Valid | Όχι | 193 | 48,3 | 48,3 | 100,0 |
| | Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Παρατηρείται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες (51,7%) δηλώνουν ότι δεν κατάφεραν να είναι τόσο προσεκτικοί στην εργασία τους ή στις άλλες τους ασχολίες

τον τελευταίο μήνα λόγω της ψυχολογικής τους κατάστασης. Αντίστοιχα, το 48,3% αναφέρει ότι διατήρησαν το επίπεδο προσεκτικότητάς τους.

Τον τελευταίο μήνα σε ποιο βαθμό η υγεία σας ή η ψυχολογική σας κατάσταση επηρέασαν τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια τους φίλους τους γείτονες ή άλλους?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Καθόλου | 43 | 10,8 | 10,8 | 10,8 |
| Λίγο | 178 | 44,5 | 44,5 | 55,3 |
| Valid Αρκετά | 110 | 27,5 | 27,5 | 82,8 |
| Πολύ | 30 | 7,5 | 7,5 | 90,3 |
| Πάρα πολύ | 39 | 9,8 | 9,8 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Στον παραπάνω πίνακα, το 10,8% των ανθρώπων δήλωσε ότι η ψυχολογική τους κατάσταση δεν επηρέασε καθόλου τις δραστηριότητές τους, ενώ το 44,5% και το 27,5% ανέφεραν ότι η επίδραση ήταν λίγη ή αρκετή, αντίστοιχα. Περίπου το 17,3% ανέφερε πολύ ή πάρα πολύ έντονη επίδραση, δείχνοντας σε ποιο βαθμό επηρεάζει την καθημερινότητά τους.

Τον τελευταίο μήνα πόσο σωματικό πόνο είχατε?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Καθόλου | 187 | 46,8 | 46,8 | 46,8 |
| Λίγο | 11 | 2,8 | 2,8 | 49,5 |
| Valid Αρκετά | 138 | 34,5 | 34,5 | 84,0 |
| Πολύ | 64 | 16,0 | 16,0 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Αναφορικά με τον παραπάνω πίνακα, που αναφέρεται στο σωματικό πόνο, το 46,8% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι δεν είχε καθόλου σωματικό πόνο. Το 34,5% ανέφερε αρκετό σωματικό πόνο, ενώ το 16% δήλωσε πολύ έντονο πόνο. Είναι ενδιαφέρον να σημειώσουμε πώς το 2,8% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι είχε λίγο σωματικό πόνο, προσθέτοντας περαιτέρω ποικιλία στα αποτελέσματα.

**Τον τελευταίο μήνα κατά πόσο ο σωματικός σας πόνος επηρέασε τη
συνηθισμένη εργασία σας εντός και εκτός σπιτιού?**

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------|-----------|---------|---------------|-----------------------|
| Καθόλου | 57 | 14,2 | 14,2 | 14,2 |
| Λίγο | 56 | 14,0 | 14,0 | 28,2 |
| Valid Αρκετά | 85 | 21,3 | 21,3 | 49,5 |
| Πολύ | 138 | 34,5 | 34,5 | 84,0 |
| Πάρα πολύ | 64 | 16,0 | 16,0 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Από τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται, προκύπτει ότι ο σωματικός πόνος είχε σημαντική επίδραση στην καθημερινή εργασία των συμμετεχόντων. Μόλις το 14,2% ανέφερε ότι δεν υπήρξε καμία επίδραση, ενώ το 28,2% δήλωσε ότι είχε λίγη επίδραση. Το 55,5% των ατόμων αντιμετώπισε αρκετή έως πολύ έντονη επίδραση, με το 34,5% να αναφέρει πολύ έντονη επίδραση.

Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα αισθανθήκατε γεμάτος ζωτικότητα?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------------|-----------|---------|---------------|-----------------------|
| Συνέχεια | 72 | 18,0 | 18,0 | 18,0 |
| Πολύ Συχνά | 71 | 17,8 | 17,8 | 35,8 |
| Valid Αρκετά συχνά | 55 | 13,8 | 13,8 | 49,5 |
| Μερικές φορές | 138 | 34,5 | 34,5 | 84,0 |
| Σπάνια | 64 | 16,0 | 16,0 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Παρατηρείται ότι το 18,0% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι αισθανόταν συνεχώς γεμάτο ζωτικότητα. Το 17,8% και το 13,8% δήλωσαν πολύ συχνά και αρκετά συχνά αντίστοιχα. Συνολικά, το 84,0% των ανθρώπων ανέφερε κάποιο βαθμό γεμάτους ζωτικότητας, με το 34,5% να δηλώνει ότι αισθανόταν γεμάτος μερικές φορές.

Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα ήσασταν πολύ νευρικός?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------------|-----------|---------|---------------|-----------------------|
| Valid Συνέχεια | 72 | 18,0 | 18,0 | 18,0 |
| Πολύ Συχνά | 71 | 17,8 | 17,8 | 35,8 |

| | | | | |
|---------------|-----|-------|-------|-------|
| Αρκετά συχνά | 55 | 13,8 | 13,8 | 49,5 |
| Μερικές φορές | 138 | 34,5 | 34,5 | 84,0 |
| Σπάνια | 64 | 16,0 | 16,0 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Σχετικά με το πόσο συχνά ήταν νευρικοί τον τελευταίο μήνα οι συμμετέχοντες, τα ποσοστά παρουσιάζουν παρόμοια κατανομή. Το 18,0% ανέφερε ότι ήταν συνεχώς πολύ νευρικοί, ενώ το 17,8% και το 13,8% ανέφεραν πολύ συχνή και αρκετά συχνή νευρικότητα αντίστοιχα. Το 84,0% αναφέρει ότι αισθανόταν νευρικό με κάποιο βαθμό, με το 34,5% να δηλώνει συχνά νευρικό.

Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα αισθανθήκατε τόσο άσχημα που τίποτα δεν μπορούσε να σας δώσει λίγη χαρά?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Πολύ Συχνά | 64 | 16,0 | 16,0 | 16,0 |
| Αρκετά συχνά | 138 | 34,5 | 34,5 | 50,5 |
| Μερικές φορές | 85 | 21,3 | 21,3 | 71,8 |
| Σπάνια | 56 | 14,0 | 14,0 | 85,8 |
| Ποτέ | 57 | 14,2 | 14,2 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Ο παραπάνω πίνακας απεικονίζει τα αποτελέσματα σχετικά με το πόσο συχνά αισθανθήκατε τόσο άσχημα που τίποτα δεν μπορούσε να σας δώσει λίγη χαρά, παρατηρείται ότι το 16,0% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι αισθανόταν πολύ συχνά σε αυτή την κατάσταση. Το 34,5% ανέφερε ότι το αισθανόταν αρκετά συχνά, ενώ το 21,3% το ανέφερε μερικές φορές. Συνολικά, το 71,8% των ατόμων αναφέρει ότι αισθανόταν άσχημα με κάποιο βαθμό, με το 14,2% να δηλώνει ότι ποτέ δεν αισθανόταν έτσι.

Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα αισθανθήκατε ήρεμα και γαλήνια?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Πολύ Συχνά | 72 | 18,0 | 18,0 | 18,0 |
| Μερικές φορές | 257 | 64,3 | 64,3 | 82,3 |
| Σπάνια | 71 | 17,8 | 17,8 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Ο παραπάνω πίνακας απεικονίζει τα αποτελέσματα σχετικά με το πόσο συχνά αισθανθήκατε ήρεμα και γαλήνια, παρατηρείται ότι το 18,0% των συμμετεχόντων ανέφερε πολύ συχνά. Το 64,3% ανέφερε ότι το αισθανόταν μερικές φορές, ενώ το 17,8% το ανέφερε σπάνια. Αυτά τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ποιοι ποσοστού πληθυσμού αντιμετωπίζουν συχνά συναισθηματικές δυσκολίες και ποιοι αναζητούν ήρεμες και γαλήνιες στιγμές.

| Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα είχατε μεγάλη ενεργητικότητα? | | | | |
|--|---------------|---------|---------------|--------------------|
| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| | Πολύ Συχνά | 71 | 17,8 | 17,8 |
| | Αρκετά συχνά | 127 | 31,8 | 49,5 |
| Valid | Μερικές φορές | 138 | 34,5 | 84,0 |
| | Σπάνια | 64 | 16,0 | 100,0 |
| | Total | 400 | 100,0 | 100,0 |

Ο παραπάνω πίνακας απεικονίζει τα αποτελέσματα σχετικά με τη συχνότητα της μεγάλης ενεργητικότητας τον τελευταίο μήνα, παρατηρούμε ότι το 17,8% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι είχε πολύ συχνά μεγάλη ενεργητικότητα. Το 31,8% ανέφερε αρκετά συχνά, ενώ το 34,5% ανέφερε μερικές φορές. Συνολικά, το 84,0% των ατόμων αναφέρει κάποιο βαθμό μεγάλης ενεργητικότητας.

| Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα αισθανθήκατε απογοητευμένος και μελαγχολικός? | | | | |
|--|--------------|---------|---------------|--------------------|
| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| | Συνέχεια | 64 | 16,0 | 16,0 |
| | Πολύ Συχνά | 143 | 35,8 | 51,7 |
| Valid | Αρκετά συχνά | 193 | 48,3 | 100,0 |
| | Total | 400 | 100,0 | 100,0 |

Ο παραπάνω πίνακας αναφέρεται στο πόσο συχνά αισθανθήκατε απογοητευμένοι και μελαγχολικοί, το 16,0% ανέφερε ότι αισθανόταν συνεχώς έτσι. Το 35,8% ανέφερε πολύ συχνή απογοήτευση και μελαγχολία, ενώ το 48,3% ανέφερε αρκετά συχνά.

Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα αισθανθήκατε εξαντλημένος?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Συνέχεια | 64 | 16,0 | 16,0 | 16,0 |
| Valid Αρκετά συχνά | 138 | 34,5 | 34,5 | 50,5 |
| Valid Μερικές φορές | 198 | 49,5 | 49,5 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρείται ότι το 16,0% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι αισθανόταν συνεχώς εξαντλημένο. Το 34,5% ανέφερε αρκετά συχνή αίσθηση εξάντλησης, ενώ το 49,5% ανέφερε ότι το αισθανόταν μερικές φορές.

Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα αισθανθήκατε ευτυχισμένος?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Συνέχεια | 168 | 42,0 | 42,0 | 42,0 |
| Valid Αρκετά συχνά | 80 | 20,0 | 20,0 | 62,0 |
| Valid Μερικές φορές | 152 | 38,0 | 38,0 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρείται ότι το 42,0% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι αισθανόταν συνεχώς ευτυχισμένο. Το 20,0% ανέφερε αρκετά συχνά ότι είναι ευτυχισμένοι, ενώ το 38,0% ανέφερε ότι το αισθανόταν μερικές φορές.

Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα αισθανθήκατε κουρασμένος

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Συνέχεια | 63 | 15,8 | 15,8 | 15,8 |
| Valid Πολύ Συχνά | 64 | 16,0 | 16,0 | 31,8 |
| Valid Αρκετά συχνά | 80 | 20,0 | 20,0 | 51,7 |
| Valid Σπάνια | 193 | 48,3 | 48,3 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το 15,8% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι αισθανόταν συνεχώς κουρασμένο. Το 16,0% ανέφερε πολύ συχνή αίσθηση κούρασης, το 20,0% αρκετά συχνά, και το 48,3% σπάνια.

Τον τελευταίο μήνα πόσο συχνά η υγεία σας ή η ψυχολογική σας κατάσταση επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες πχ με φίλους συγγενείς κλπ

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Συνέχεια | 64 | 16,0 | 16,0 | 16,0 |
| Πολύ Συχνά | 223 | 55,8 | 55,8 | 71,8 |
| Valid Μερικές φορές | 56 | 14,0 | 14,0 | 85,8 |
| Σπάνια | 57 | 14,2 | 14,2 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το 16,0% ανέφερε συνεχώς επίδραση. Το 55,8% ανέφερε πολύ συχνή επίδραση, το 14,0% μερικές φορές, και το 14,2% σπάνια.

Νομίζετε ότι αρρωσταίνετε πιο εύκολα από άλλους?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Εντελώς Σωστό | 64 | 16,0 | 16,0 | 16,0 |
| Μάλλον σωστό | 63 | 15,8 | 15,8 | 31,8 |
| Valid Δε γνωρίζω | 80 | 20,0 | 20,0 | 51,7 |
| Μάλλον λάθος | 96 | 24,0 | 24,0 | 75,8 |
| Εντελώς Λάθος | 97 | 24,3 | 24,3 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Στην ερώτηση αν νομίζουν ότι αρρωσταίνουν πιο εύκολα από άλλους, τα αποτελέσματα δείχνουν μια κατανομή απόψεων. Το 16,0% των συμμετεχόντων θεωρεί εντελώς σωστό ότι αρρωσταίνουν πιο εύκολα, ενώ το 15,8% το θεωρεί μάλλον σωστό. Ένα 20,0% δεν έχει σαφή άποψη (δε γνωρίζει). Από την άλλη πλευρά, το 24,0% θεωρεί μάλλον λάθος, και το 24,3% θεωρεί εντελώς λάθος την άποψη ότι αρρωσταίνουν πιο εύκολα. Τα δεδομένα αυτά υποδεικνύουν την υποκειμενική φύση της αντίληψης της υγείας και πώς κάθε άτομο αντιλαμβάνεται την ευαίσθητη αυτή κατηγορία.

Νιώθετε πως είστε υγιής όπως κάθε άλλος που γνωρίζετε?

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|-----------|---------|---------------|--------------------|
|--|-----------|---------|---------------|--------------------|

| | | | | | |
|-------|---------------|-----|-------|-------|-------|
| | Εντελώς Σωστό | 64 | 16,0 | 16,0 | 16,0 |
| | Μάλλον σωστό | 63 | 15,8 | 15,8 | 31,8 |
| Valid | Δε γνωρίζω | 80 | 20,0 | 20,0 | 51,7 |
| | Μάλλον λάθος | 96 | 24,0 | 24,0 | 75,8 |
| | Εντελώς Λάθος | 97 | 24,3 | 24,3 | 100,0 |
| | Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Στην ερώτηση αν νιώθουν πως είναι υγιείς όπως κάθε άλλος που γνωρίζουν, τα αποτελέσματα καταδεικνύουν μια ποικιλία απόψεων. Το 16,0% θεωρεί εντελώς σωστό ότι νιώθει υγιές όπως κάθε άλλο άτομο, ενώ το 15,8% το θεωρεί μάλλον σωστό. Το 20,0% δεν έχει σαφή άποψη (δε γνωρίζει). Από την άλλη πλευρά, το 24,0% θεωρεί μάλλον λάθος, και το 24,3% θεωρεί εντελώς λάθος την άποψη ότι νιώθει υγιές όπως κάθε άλλο άτομο. Τα αποτελέσματα αυτά αντανακλούν την υποκειμενική φύση της αυτοαξιολόγησης της υγείας και του πώς κάθε άτομο αντιλαμβάνεται την ίδια την υγεία του.

| Περιμένετε ότι η υγεία σας θα χειροτερέψει? | | | | |
|---|---------------|---------|---------------|--------------------|
| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| | Εντελώς Σωστό | 64 | 16,0 | 16,0 |
| | Μάλλον σωστό | 63 | 15,8 | 31,8 |
| Valid | Δε γνωρίζω | 80 | 20,0 | 51,7 |
| | Μάλλον λάθος | 96 | 24,0 | 75,8 |
| | Εντελώς Λάθος | 97 | 24,3 | 100,0 |
| | Total | 400 | 100,0 | 100,0 |

Στον παραπάνω πίνακα αναγράφονται τα αποτελέσματα σχετικά με το αν περιμένουν ότι η υγεία τους θα χειροτερέψει, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το 16,0% θεωρεί εντελώς σωστό αυτό το είδος προβλέψεων, ενώ το 15,8% το θεωρεί μάλλον σωστό. Ένα 20,0% δεν έχει σαφή άποψη (δε γνωρίζει). Από την άλλη πλευρά, το 24,0% θεωρεί μάλλον λάθος, και το 24,3% θεωρεί εντελώς λάθος την άποψη ότι η υγεία τους θα χειροτερέψει.

| Η υγεία σας είναι εξαιρετική? | | | | |
|-------------------------------|---------------|---------|---------------|--------------------|
| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Εντελώς Σωστό | 97 | 24,3 | 24,3 |

| | | | | |
|---------------|-----|-------|-------|-------|
| Μάλλον σωστό | 96 | 24,0 | 24,0 | 48,3 |
| Δε γνωρίζω | 80 | 20,0 | 20,0 | 68,3 |
| Μάλλον λάθος | 63 | 15,8 | 15,8 | 84,0 |
| Εντελώς Λάθος | 64 | 16,0 | 16,0 | 100,0 |
| Total | 400 | 100,0 | 100,0 | |

Ο παραπάνω πίνακας αναφέρεται στο αν θεωρούν την υγεία τους εξαιρετική, το 24,3% τη θεωρεί εντελώς σωστή και το 24,0% μάλλον σωστή. Το 20,0% δεν έχει σαφή άποψη (δε γνωρίζει), ενώ το 15,8% θεωρεί μάλλον λάθος και το 16,0% εντελώς λάθος την άποψη ότι η υγεία τους είναι εξαιρετική. Αυτά τα αποτελέσματα αναδεικνύουν τη διαφορετική οπτική των ανθρώπων για την υγεία τους και τον τρόπο προβλέψεών τους για το μέλλον.

Αξιοπιστία Ερωτηματολογίων

| Reliability Statistics | |
|-------------------------------|------------|
| Cronbach's | N of Items |
| Alpha | |
| ,732 | 79 |

Το Cronbach's Alpha είναι ένας στατιστικός δείκτης αξιοπιστίας που μετρά τον βαθμό στον οποίο μια σειρά από στοιχεία (ή ερωτήσεις) μετράνε το ίδιο ψυχολογικό χαρακτηριστικό. Ο δείκτης κυμαίνεται από 0 έως 1, με υψηλότερες τιμές να υποδεικνύουν υψηλότερη αξιοπιστία.

Στην παραπάνω περίπτωση, το Cronbach's Alpha είναι 0,732, που είναι μια σχετικά καλή τιμή. Συγκεκριμένα, ο αριθμός αυτός υποδεικνύει ότι η σειρά των στοιχείων που αξιολογήθηκαν είναι αρκετά συσχετισμένα μεταξύ τους όσον αφορά το ψυχολογικό χαρακτηριστικό που μετρούν.

3. Συζήτηση

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της μελέτης παρουσιάζουν μια αξιοσημείωτη ισορροπία, με ελαφρώς υψηλότερη εκπροσώπηση των γυναικών (53%) έναντι των ανδρών (47%). Η ισορροπία αυτή επεκτείνεται και στην ηλικιακή κατανομή, όπου το μεγαλύτερο ποσοστό εμπίπτει στην ηλικιακή ομάδα 60-71 ετών (18,5%). Αυτή η δημογραφική ποικιλομορφία εμπλουτίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων μας, ευθυγραμμιζόμενη με την ιδέα ότι η ολοκληρωμένη κατανόηση της υγείας της κοινότητας απαιτεί τη συμπερίληψη ποικίλων δημογραφικών ομάδων (Ravaghi et al., 2023).

Από άποψη εκπαίδευσης, η σημαντική πλειοψηφία των συμμετεχόντων (72,3%) ανέφερε ότι διαθέτει τουλάχιστον απολυτήριο λυκείου ή πανεπιστημίου/τεχνικής σχολής. Αυτό το υψηλό μορφωτικό επίπεδο συνάδει με την υπάρχουσα βιβλιογραφία που υπογραμμίζει τη θετική συσχέτιση μεταξύ της εκπαίδευσης και των αποτελεσμάτων της υγείας (Raghupathi και Raghupathi, 2020). Ωστόσο, είναι ζωτικής σημασίας να αναγνωριστεί ο πιθανός αντίκτυπος αυτής της εκπαιδευτικής προκατάληψης στις αντιλήψεις και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία εντός της ομάδας της μελέτης μας.

Περνώντας στα αποτελέσματα που σχετίζονται με την υγεία, η μελέτη μας ρίχνει φως στην αυτοαναφερόμενη γενική κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων και στις χρόνιες παθήσεις. Ο επιπολασμός των χρόνιων προβλημάτων υγείας, που αναφέρθηκε από το 50,5% των συμμετεχόντων, ευθυγραμμίζεται με την αυξανόμενη αναγνώριση της παγκόσμιας επιβάρυνσης των χρόνιων ασθενειών (Thomas et al., 2023). Επιπλέον, η κατανομή των απαντήσεων σχετικά με τη στοματική υγεία και την κατάσταση των δοντιών και των ούλων υπογραμμίζει την πολυδιάστατη αντίληψη της υγείας εντός της ομάδας μας.

Προβληματισμοί προκύπτουν όταν εξετάζονται τα εμπόδια πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη που αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες. Περίπου το 31% ανέφερε καθυστερήσεις στη λήψη της απαραίτητης υγειονομικής περίθαλψης λόγω μεγάλου χρόνου αναμονής, γεγονός που υποδηλώνει πιθανές ελλείψεις στην προσβασιμότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό συντονίζεται με την ευρύτερη συζήτηση σχετικά με τις ανισότητες στην υγειονομική περίθαλψη και την ανάγκη για ισότιμη πρόσβαση στις ιατρικές υπηρεσίες (García-Corchero και Jiménez-Rubio, 2022). Τα οικονομικά εμπόδια αναδεικνύονται επίσης ως σημαντικό εμπόδιο, με το

27,8% να αναφέρει καθυστερήσεις λόγω οικονομικής επιβάρυνσης. Αυτό απηχεί την υπάρχουσα βιβλιογραφία που υπογραμμίζει τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες της υγείας και τον αντίκτυπο των οικονομικών περιορισμών στη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης (Sun και Chen, 2022).

Τα αποτελέσματα από το ερωτηματολόγιο υγείας SF-36 φωτίζουν περαιτέρω το διαφοροποιημένο τοπίο της υγείας των συμμετεχόντων. Ενώ το 15,2% ανέφερε άριστη ή πολύ καλή υγεία, ένα ανησυχητικό 29,5% ανέφερε κακή υγεία. Η έντονη αντίθεση μεταξύ θετικών και αρνητικών εκτιμήσεων για την υγεία προτρέπει σε διερεύνηση των παραγόντων που συμβάλλουν σε τέτοιες αποκλίνουσες αντιλήψεις, με την υπάρχουσα έρευνα να τονίζει το ρόλο των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στη διαμόρφωση των υποκειμενικών εκτιμήσεων για την υγεία (Kaplan και Baron-Epel, 2003).

Οι γνώσεις της μελέτης σχετικά με την ψυχική υγεία και την ευημερία προσφέρουν πολύτιμες σκέψεις για τις πρωτοβουλίες δημόσιας υγείας. Τα υψηλά ποσοστά που αναφέρουν αισθήματα απογοήτευσης και κατάθλιψης υπογραμμίζουν την ανάγκη για ολοκληρωμένες στρατηγικές υποστήριξης της ψυχικής υγείας. Προηγούμενες μελέτες έχουν τονίσει την αμφίδρομη σχέση μεταξύ της ψυχικής υγείας και της συνολικής ευημερίας, ενισχύοντας τη σημασία της αντιμετώπισης των προβλημάτων ψυχικής υγείας για την ολιστική υγειονομική περίθαλψη (Thuma et al., 2020).

4. Συμπεράσματα της έρευνας

Βασιζόμενοι στα παραπάνω ευρήματα, μπορούμε να συναγάγουμε ορισμένα σημαντικά συμπεράσματα σχετικά με το δείγμα. Καταρχάς, παρατηρούμε μια σχετική ισορροπία ως προς το φύλο, με το 53% των συμμετεχόντων να είναι γυναίκες και το 47% άνδρες. Η κατανομή της ηλικίας επίσης αντανακλά μια ισορροπημένη αντιπροσώπευση, με το μεγαλύτερο ποσοστό στην ηλικιακή ομάδα 60-71 ετών (18,5%).

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι ζουν είτε με τον/την σύντροφο (22,8%) είτε μόνοι (25,3%), ενώ το 23,3% είναι παντρεμένοι, αντικατοπτρίζοντας έτσι την ποικιλία των οικογενειακών καταστάσεων. Επίσης, η υψηλή συμμετοχή σε υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης (72,3%) δείχνει υψηλό βαθμό εκπαιδευτικής επίτευξης.

Όσον αφορά την οικονομική κατάσταση, παρατηρούμε μια ευρεία ποικιλία επαγγελμάτων, με τους συνταξιούχους να αποτελούν τη μεγαλύτερη ομάδα (34,5%). Επίσης, η ύπαρξη ομάδων με χαμηλότερα εισοδήματα αποτελεί σημαντική παρατήρηση, καθώς το 19% έχει εισόδημα μεταξύ 1501-2000€ και το 12,8% δηλώνει εισόδημα άνω των 3000€.

Τέλος, το γεγονός ότι το 54,8% έχει ιδιωτική ασφάλιση αντικατοπτρίζει το υψηλό επίπεδο επίγνωσης για τη σημασία της ιδιωτικής ασφάλισης για την υγεία. Συνολικά, η ποικιλία αυτή στα δεδομένα μας ενισχύει την αξιοπιστία και την αντιπροσώπευση του δείγματος, επιτρέποντας μας να αντλήσουμε σημαντικά συμπεράσματα για την κοινωνία.

Από τα παραπάνω ευρήματα προκύπτει μια πολυπλοκότητα στην αντίληψη των συμμετεχόντων όσον αφορά την υγεία τους. Περίπου το 48,3% του δείγματος χαρακτηρίζει την υγεία του ως "Πολύ Καλή" ή "Καλή", ενώ η πλειονότητα (76,7%) αντιμετωπίζει την υγεία του ως τουλάχιστον "Μέτρια". Είναι σημαντικό να σημειώσουμε την ύπαρξη χρόνιων προβλημάτων υγείας, με το 50,5% των συμμετεχόντων να αναφέρει ύπαρξη προβλήματος, πράγμα που επιβεβαιώνει τη σημασία της ιατρικής παρακολούθησης.

Οι δείκτες στον τομέα της στοματικής υγείας επίσης παρουσιάζουν ποικιλία, με το 28% να αναφέρει "Πολύ Καλή" κατάσταση και το 30,8% να αναφέρει "Πολύ Κακή" κατάσταση. Αυτό υποδηλώνει τη σημασία της ευαισθητοποίησης για τη στοματική υγεία και την ανάγκη για προληπτικά μέτρα.

Όσον αφορά τη λήψη φαρμάκων, το 64,8% αναφέρει πως λάμβανε φάρμακα με γραπτή συνταγή ιατρού τα τελευταία δύο εβδομάδες. Αυτό υπογραμμίζει τη σημασία της ιατρικής παρέμβασης στη θεραπεία και αναδεικνύει τη συχνότητα της χρήσης φαρμάκων για τη διατήρηση της υγείας.

Συνολικά, οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αντανακλούν την ποικιλία στην υγεία και τη στοματική υγεία, ενώ η ύπαρξη χρόνιων προβλημάτων υπογραμμίζει τη σημασία της διαρκούς ιατρικής παρακολούθησης.

Οι αναλύσεις των δεδομένων αποκαλύπτουν σημαντικές πτυχές σχετικά με τη χρήση υπηρεσιών υγείας από τους συμμετέχοντες. Το γεγονός ότι το 37,8% είχε νοσοκομειακή εισαγωγή μέσα στους τελευταίους 12 μήνες υπογραμμίζει τη σημασία της ιατρικής παρέμβασης σε σοβαρά προβλήματα υγείας.

Η επίσκεψη σε οδοντίατρο κατά τους τελευταίους 6 μήνες από το 26,5% των συμμετεχόντων αποδεικνύει τη συνειδητοποίηση της σημασίας της στοματικής υγείας. Επίσης, η τακτική επίσκεψη σε ιατρό γενικής ιατρικής από το 26,3% κατά τους τελευταίους 6 μήνες αποτυπώνει τη συνειδητή προσέγγιση στη γενική υγεία.

Εντυπωσιακό είναι το γεγονός ότι περίπου το 49,0% των συμμετεχόντων αναζητά φροντίδα από φυσικοθεραπευτή, κινησιοθεραπευτή, χειροπράκτη ή οστεοπαθητικό, υπογραμμίζοντας τη σημασία της φυσικοθεραπείας για προβλήματα κινητικότητας και μυϊκής υγείας.

Επίσης, το γεγονός ότι το 45,5% των ατόμων επισκεπτόταν ψυχολόγο, ψυχίατρο ή ψυχοθεραπευτή αναδεικνύει τη συνειδητοποίηση της σημασίας της ψυχικής υγείας. Τέλος, το γεγονός ότι το 54,5% πραγματοποίησε προληπτικές εξετάσεις τονίζει την ενεργό στάση που έχουν οι άνθρωποι προς την πρόληψη και τη διατήρηση της υγείας τους. Συνολικά, οι παρατηρήσεις αυτές αποδεικνύουν τη σημασία της πολυδιάστατης προσέγγισης στη φροντίδα της υγείας και της ευεξίας.

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, περίπου το 31% των ανθρώπων ανέφερε καθυστέρηση στη λήψη ιατρονοσηλευτικής φροντίδας λόγω μεγάλου χρόνου αναμονής, αναδεικνύοντας προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, περίπου το 27,5% αντιμετώπισε προβλήματα λόγω μεγάλης απόστασης ή προβλημάτων στη μετακίνηση, υπογραμμίζοντας τη σημασία της γεωγραφικής προσβασιμότητας. Επιπλέον, το 30% ανέφερε καθυστερήσεις λόγω έλλειψης ή μη διαθεσιμότητας των σχετικών υπηρεσιών, υποδεικνύοντας πιθανά προβλήματα στην οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών. Τέλος, περίπου το 27,8% αντιμετώπισε

καθυστερήσεις λόγω οικονομικής επιβάρυνσης, αναδεικνύοντας τις δυσκολίες ορισμένων πολιτών στην πρόσβαση σε ιατρική φροντίδα.

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, περίπου το 17.8% των συμμετεχόντων ανέφερε καθυστερήσεις στη λήψη οδοντιατρικής φροντίδας λόγω οικονομικής επιβάρυνσης. Αυτό ενδέχεται να αντανακλά τις οικονομικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν ορισμένοι στην πρόσβαση σε οδοντιατρική φροντίδα. Επιπλέον, το 5.3% δεν έλαβε καθόλου οδοντιατρική φροντίδα λόγω οικονομικών δυσκολιών, ενισχύοντας την άποψη ότι η οικονομική προσβασιμότητα είναι σημαντική για την υγεία των δοντιών.

Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, το 44.3% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι χρειάστηκαν αγορά φαρμάκων που είχαν συσταθεί από ιατρό, αλλά δεν είχαν τη δυνατότητα να ανταποκριθούν οικονομικά. Η περιορισμένη πρόσβαση σε φάρμακα μπορεί να έχει επιπτώσεις στην υγεία των ατόμων. Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, το 48.5% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι χρειάστηκαν υπηρεσίες φροντίδας ψυχικής υγείας, αλλά δεν είχαν τη δυνατότητα να ανταποκριθούν οικονομικά. Η προσβασιμότητα σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας φαίνεται να αποτελεί πρόκληση για ορισμένα άτομα. Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, το 72.5% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι χρειάστηκαν αγορά τεχνικών βοηθημάτων ή τεχνολογικού εξοπλισμού, αλλά δεν είχαν τη δυνατότητα να ανταποκριθούν οικονομικά. Αυτό αναδεικνύει τη σημασία της οικονομικής προσβασιμότητας σε τεχνικά βοηθήματα για τα άτομα με ειδικές ανάγκες.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 51% των συμμετεχόντων εκφράζει την επιθυμία να λαμβάνει υπηρεσίες υγείας στο σπίτι, ενώ το 27% δηλώνει ότι δεν θα ήθελε να χρησιμοποιήσει αυτές τις υπηρεσίες. Επιπλέον, το 22% αναφέρει ότι δεν υπήρξε ποτέ ανάγκη για αυτού του είδους τις υπηρεσίες.

Για τις υπηρεσίες αποκατάστασης ενδυνάμωσης, το 60.8% εκφράζει την επιθυμία του, ενώ το 19.3% αντιτίθεται σε αυτές. Επιπλέον, το 20% δηλώνει ότι δεν υπήρξε ανάγκη για αυτού του είδους τις υπηρεσίες. Σχετικά με τις υπηρεσίες προστασίας από λοιμώξεις, το 50.5% των συμμετεχόντων εκφράζει την προτίμησή του. Το 24.8% δηλώνει ότι δεν θα χρησιμοποιούσε αυτές τις υπηρεσίες, ενώ το ίδιο ποσοστό δηλώνει ότι δεν υπήρξε ποτέ ανάγκη.

Για τις υπηρεσίες νοσηλευτικής φροντίδας, το 50.5% εκφράζει ενδιαφέρον. Το 22.8% αντιτίθεται σε αυτές, ενώ το 26.8% δηλώνει ότι δεν υπήρξε ανάγκη για αυτού του είδους τις υπηρεσίες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 50.5% των

ανταποκρινομένων δηλώνει ότι θα ήθελε να λαμβάνει υπηρεσίες υγείας εργοθεραπείας. Αντίθετα, το 26.8% δεν θα προτιμούσε αυτές τις υπηρεσίες, ενώ το 22.8% δηλώνει ότι δεν είχε ποτέ ανάγκη για αυτού του είδους τις υπηρεσίες.

Για τις υπηρεσίες φυσιοθεραπείας, το 74.8% των συμμετεχόντων εκφράζει την επιθυμία του. Το 13.5% αντιτίθεται, ενώ το 11.8% δηλώνει ότι δεν υπήρξε ποτέ ανάγκη. Το 54% των ανταποκρινομένων εκφράζει επιθυμία για λήψη υπηρεσιών υγείας σχημάτων ιατρικής θεραπείας στο σπίτι. Το 20.3% δηλώνει ότι δεν επιθυμεί αυτού του είδους υπηρεσίες, ενώ το 25.8% δεν είχε ποτέ ανάγκη για αυτές. Το 49% των ανταποκρινομένων εκφράζει την επιθυμία του για υπηρεσίες υγείας φροντίδας σε ηλικιωμένους με επιπλοκές στην υγεία τους. Το 28.7% δηλώνει ότι δεν θα προτιμούσε αυτές τις υπηρεσίες, ενώ το 22.3% δηλώνει ότι δεν είχε ποτέ ανάγκη. Το 51.5% των ανταποκρινομένων εκφράζει επιθυμία για υπηρεσίες υγείας φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου. Το 12.3% δηλώνει ότι δεν θα προτιμούσε αυτές τις υπηρεσίες, ενώ το 36.3% δηλώνει ότι δεν είχε ποτέ ανάγκη για αυτές. Το 51.5% των ανταποκρινομένων εκφράζει επιθυμία για υπηρεσίες υγείας οικιακών εργασιών. Το 21.3% δηλώνει ότι δεν θα προτιμούσε αυτές τις υπηρεσίες, ενώ το 27.3% δηλώνει ότι δεν είχε ποτέ ανάγκη για αυτές. Το 55.5% των ανταποκρινομένων εκφράζει επιθυμία για υπηρεσίες υγείας για αγορές. Το 21.3% δηλώνει ότι δεν θα προτιμούσε αυτές τις υπηρεσίες, ενώ το 23.3% δηλώνει ότι δεν είχε ποτέ ανάγκη για αυτές. Το 54.5% των ανταποκρινομένων εκφράζει επιθυμία για υπηρεσίες υγείας για φαγητό. Το 21.8% δηλώνει ότι δεν θα προτιμούσε αυτές τις υπηρεσίες, ενώ το 23.8% δηλώνει ότι δεν είχε ποτέ ανάγκη για αυτές.

Σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας για κοινωνικές δραστηριότητες, ένα μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων εκφράζει ενδιαφέρον, ενώ ένα άλλο ποσοστό δηλώνει αντίθετη άποψη. Επίσης, υπάρχει σημαντικό ποσοστό ανθρώπων που δεν έχει ποτέ αισθανθεί την ανάγκη για αυτές τις υπηρεσίες. Η συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες φαίνεται να είναι σημαντική για το ενδιαφερόμενο κοινό σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας.

Είναι σημαντικό να ενισχύσουμε τις προσπάθειες για την πρόληψη των προβλημάτων υγείας και την προώθηση υγιεινών τρόπων ζωής, προκειμένου να μειώσουμε το ποσοστό ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας. Η κατανόηση των παραγόντων που συνδέονται με την επιδείνωση της υγείας είναι κρίσιμη για την ανάπτυξη προληπτικών προγραμμάτων. Η έρευνα πρέπει να επικεντρωθεί στον προσδιορισμό αυτών των παραγόντων και τη δημιουργία πόρων

για την υγειονομική πρόνοια. Είναι ζωτικής σημασίας η ενίσχυση της ευαισθητοποίησης και της υποστήριξης για όσους αντιμετωπίζουν περιορισμούς στην κινητικότητα, προκειμένου να διασφαλιστεί η ευκολία στην καθημερινή τους ζωή και η συμμετοχή τους στην κοινωνία.

Από τα αποτελέσματα, προκύπτει ότι οι περιορισμοί στην κινητικότητα αποτελούν μια ποικιλόμορφη πραγματικότητα για πολλά άτομα. Το 51,0% αντιμετωπίζει σημαντικούς περιορισμούς στη δυνατότητά τους να ανέβουν έναν όροφο από τις σκάλες, ενώ το 34,0% αναφέρει κάποιο βαθμό περιορισμού και το 15,0% δεν αντιμετωπίζει καθόλου προβλήματα σε αυτήν την καθημερινή δραστηριότητα. Σε παρόμοιο επίπεδο, το 57,0% αντιμετωπίζει σημαντικούς περιορισμούς στη δυνατότητά τους να σκύβουν ή να γονατίζουν, με το 29,5% να αναφέρει κάποιο βαθμό περιορισμού και το 13,5% να δηλώνει ότι δεν αντιμετωπίζει καθόλου προβλήματα σε αυτήν την καθημερινή δραστηριότητα. Επίσης, το 54,3% αντιμετωπίζει σημαντικούς περιορισμούς στη δυνατότητά τους να περπατούν πάνω από ένα χιλιόμετρο, με το 34,3% να δηλώνει κάποιο βαθμό περιορισμού και το 11,5% να μην αντιμετωπίζει καθόλου προβλήματα. Συνολικά, το ποσοστό αυτό υπογραμμίζει τη σημασία της ενίσχυσης προγραμμάτων άσκησης που στοχεύουν στη βελτίωση της κινητικότητας και της φυσικής κατάστασης. Επιπλέον, προτείνεται η προσαρμογή του περιβάλλοντος, δημιουργώντας φιλικές χώρους που ευνοούν την ευκολία κίνησης και εκστρατείες ευαισθητοποίησης για τη δημιουργία κοινωνικής κατανόησης και υποστήριξης για όσους αντιμετωπίζουν περιορισμούς στην κινητικότητα.

Επίσης, παρατηρείται ότι το 55,0% των ανθρώπων αντιμετωπίζει σημαντικούς περιορισμούς στη δυνατότητά τους να πλένονται ή να ντύνονται μόνοι τους. Επιπλέον, το 31,8% δηλώνει κάποιο βαθμό περιορισμού, ενώ το 13,3% αναφέρει ότι δεν αντιμετωπίζει καθόλου προβλήματα σε αυτήν την καθημερινή δραστηριότητα.

Σε συνέχεια του παραπάνω, το 65,5% των ανθρώπων αναφέρει ότι μείωσε σημαντικά τον χρόνο που διαθέτει για εργασία ή άλλες ασχολίες του λόγω της υγείας τους. Αυτό δείχνει την έντονη επίδραση που έχει η υγεία στις καθημερινές υποχρεώσεις και τις δραστηριότητες τους.

Συνεχίζοντας, το 65,8% αναφέρει ότι κατά τον τελευταίο μήνα έκανε λιγότερα πράγματα από όσα θα ήθελε λόγω της υγείας του. Αυτό υπογραμμίζει τη δυσκολία που αντιμετωπίζουν στο να διατηρήσουν το επίπεδο των καθημερινών τους δραστηριοτήτων λόγω των υγειονομικών προβλημάτων.

Επιπλέον, κατά τον τελευταίο μήνα, το 65,3% των ανθρώπων αναφέρει ότι περιόρισε το είδος της εργασίας ή των άλλων ασχολιών τους λόγω της υγείας τους. Αυτό υποδεικνύει την ανάγκη προσαρμογής των επαγγελματικών δραστηριοτήτων για την αντιμετώπιση των υγειονομικών προβλημάτων.

Τέλος, κατά τον τελευταίο μήνα, το 65,3% των ανθρώπων αναφέρει ότι χρειάστηκε να καταβάλει μεγαλύτερη προσπάθεια για την εκτέλεση των εργασιών τους λόγω της υγείας τους. Αυτό καταδεικνύει την αντίκτυπο της υγείας στην καθημερινή παραγωγικότητα και την ανάγκη για επιπλέον προσπάθεια.

Καταλήγοντας, σχετικά με την ψυχολογική κατάσταση, το 52,3% των ανθρώπων αναφέρει ότι μείωσε το χρόνο που διαθέτει για την εργασία ή τις άλλες ασχολίες τους λόγω της ψυχολογικής κατάστασής τους. Αυτό υπογραμμίζει τον σημαντικό ρόλο που παίζει η ψυχική υγεία στην ημερήσια οργάνωση και εκτέλεση καθημερινών καθηκόντων. Το 51,7% αντιμετωπίζει προσκόμματα στην εκτέλεση των αντίστοιχων ενεργειών λόγω της ψυχολογικής κατάστασής τους, ενώ το υπόλοιπο 48,3% δεν αντιμετώπισε παρόμοια επίπτωση. Αυτές οι αποκλίσεις μπορεί να αποτελούν αντικείμενο περαιτέρω ανάλυσης για την κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη δραστηριότητα κατά τη διάρκεια ψυχολογικών δυσκολιών.

Παρατηρείται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες (51,7%) δηλώνουν ότι δεν κατάφεραν να είναι τόσο προσεκτικοί στην εργασία τους ή στις άλλες τους ασχολίες τον τελευταίο μήνα λόγω της ψυχολογικής τους κατάστασης. Αντίστοιχα, το 48,3% αναφέρει ότι διατήρησαν το επίπεδο προσεκτικότητάς τους.

Από τα παραπάνω αποτελέσματα, το 10,8% των ανθρώπων δήλωσε ότι η ψυχολογική τους κατάσταση δεν επηρέασε καθόλου τις δραστηριότητές τους, ενώ το 44,5% και το 27,5% ανέφεραν ότι η επίδραση ήταν λίγη ή αρκετή, αντίστοιχα. Περίπου το 17,3% ανέφερε πολύ ή πάρα πολύ έντονη επίδραση, φαίνοντας ποιος βαθμός επηρεάζει την καθημερινότητά τους. Αναφορικά με τα παραπάνω, που αναφέρεται στο σωματικό πόνο, το 46,8% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι δεν είχε καθόλου σωματικό πόνο. Το 34,5% ανέφερε αρκετό σωματικό πόνο, ενώ το 16% δήλωσε πολύ έντονο πόνο. Είναι ενδιαφέρον να σημειώσουμε πώς το 2,8% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι είχε λίγο σωματικό πόνο, προσθέτοντας περαιτέρω ποικιλία στα αποτελέσματα.

Από τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται, προκύπτει ότι ο σωματικός πόνος είχε σημαντική επίδραση στην καθημερινή εργασία των συμμετεχόντων. Μόλις το 14,2% ανέφερε ότι δεν υπήρξε καμία επίδραση, ενώ το 28,2% δήλωσε ότι είχε λίγη

επίδραση. Το 55,5% των ατόμων αντιμετώπισε αρκετή έως πολύ έντονη επίδραση, με το 34,5% να αναφέρει πολύ έντονη επίδραση.

Παρατηρείται ότι το 18,0% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι αισθανόταν συνεχώς γεμάτο ζωτικότητα. Το 17,8% και το 13,8% δήλωσαν πολύ συχνά και αρκετά συχνά αντίστοιχα. Συνολικά, το 84,0% των ανθρώπων ανέφερε κάποιο βαθμό γεμάτους ζωτικότητας, με το 34,5% να δηλώνει ότι αισθανόταν γεμάτος μερικές φορές.

Σχετικά με το πόσο συχνά ήταν νευρικοί τον τελευταίο μήνα οι συμμετέχοντες, τα ποσοστά παρουσιάζουν παρόμοια κατανομή. Το 18,0% ανέφερε ότι ήταν συνεχώς πολύ νευρικοί, ενώ το 17,8% και το 13,8% ανέφεραν πολύ συχνή και αρκετά συχνή νευρικότητα αντίστοιχα. Το 84,0% αναφέρει ότι αισθανόταν νευρικό με κάποιο βαθμό, με το 34,5% να δηλώνει συχνά νευρικό.

Επιπλέον, προκύπτουν ενδιαφέροντα στοιχεία σχετικά με τις αντιλήψεις και τις εμπειρίες των συμμετεχόντων σχετικά με την ψυχολογική και σωματική τους κατάσταση. Η ποικιλία των απαντήσεων αποτυπώνει τη διαφορετική εμπειρία κάθε ατόμου σε θέματα υγείας και ευεξίας. Σημειώνεται ότι το 16,0% των συμμετεχόντων αισθάνονταν συνεχώς εξαντλημένοι, ενώ το 48,3% ανέφερε αρκετά συχνά αίσθηση εξάντλησης. Από την άλλη πλευρά, υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό ανθρώπων (34,5%) που αναφέρει ότι αισθανόταν εξάντληση μόνο μερικές φορές. Αυτά τα αποτελέσματα μπορούν να υποδεικνύουν τη σημασία της εξέτασης των παραγόντων που σχετίζονται με την εξάντληση και την ανάγκη για την ανάπτυξη στρατηγικών διαχείρισης του στρες.

Σχετικά με το αίσθημα ευτυχίας, παρατηρείται ότι το 42,0% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι αισθανόταν συνεχώς ευτυχημένο. Επιπλέον, το 38,0% ανέφερε ότι το αισθανόταν μερικές φορές. Αν και υπάρχει ένα μικρό ποσοστό (15,8%) που δήλωσε ότι αισθανόταν συνεχώς κουρασμένο, η πλειονότητα των συμμετεχόντων φαίνεται να έχει θετική αντίληψη για το επίπεδο ευτυχίας τους.

Σχετικά με τις προβλέψεις για το μέλλον, παρατηρείται ότι το 40,3% θεωρεί εντελώς ή μάλλον σωστό ότι η υγεία τους θα χειροτερέψει. Αντίστροφα, το 39,8% το θεωρεί λάθος, ενώ το 20,0% δεν έχει σαφή άποψη. Αυτή η αντίφαση μπορεί να είναι αντανακλαστική της αβεβαιότητας και της πολυπλοκότητας που σχετίζονται με τις προβλέψεις για την υγεία.

Τα αποτελέσματα για την αυτοαξιολόγηση της υγείας και των προσδοκιών για το μέλλον αντικατοπτρίζουν την ποικιλομορφία των προσωπικών εμπειριών και των απόψεων σχετικά με την υγεία και την ευεξία.

Συμπεράσματα

Η διερεύνηση των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας στο γενικό πληθυσμό του Δυτικού Τομέα της Αθήνας αποκάλυψε μια λεπτή κατανόηση των λεπτομερειών που διαμορφώνουν την προσβασιμότητα στην υγειονομική περίθαλψη. Το θεωρητικό πλαίσιο παρείχε ένα ισχυρό θεμέλιο, ρίχνοντας φως στα εγγενή στοιχεία του δικαιώματος στην υγεία. Έμφαση δόθηκε στις κρίσιμες διαστάσεις της οικονομικής προσιτότητας, της διαθεσιμότητας και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, θέτοντας τις βάσεις για μια ολοκληρωμένη εξέταση του ελληνικού τοπίου της υγειονομικής περίθαλψης.

Η αποκάλυψη των αδυναμιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας φώτισε συγκεκριμένες προκλήσεις που ενδημούν στο ελληνικό πλαίσιο. Οι οικονομικές δυσκολίες αναδείχθηκαν ως εξέχον εμπόδιο, το οποίο επιδεινώνεται από αναγνωρίσιμους παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν τη συνολική απόδοση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Μέσα από έναν κριτικό φακό, η μελέτη περιηγήθηκε στην τρέχουσα κατάσταση της υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα, αποκαλύπτοντας τρωτά σημεία που καθιστούν αναγκαίες στοχευμένες παρεμβάσεις. Αντλώντας από διεθνείς εμπειρίες, η έρευνα πλαisiώσε τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας, προσφέροντας πολύτιμες συγκριτικές προοπτικές. Αυτή η ευρύτερη προοπτική εμπλούτισε τη μελέτη, παρέχοντας πληροφορίες για πιθανές στρατηγικές και βέλτιστες πρακτικές που θα μπορούσαν να ενημερώσουν για βελτιώσεις στο ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

Κάθε ενότητα του ερωτηματολογίου, λειτούργησε ως φακός μέσα από τον οποίο εξετάστηκαν διαφορετικές πτυχές της υγείας και της χρήσης της υγειονομικής περίθαλψης. Οι ενότητες σχετικά με τη γενική κατάσταση της υγείας, τη λήψη φαρμάκων, τη χρήση υπηρεσιών υγείας και τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου υγείας SF-36 παρείχαν μια ολιστική εικόνα του τοπίου της υγείας. Η συνιστώσα της έρευνας, η οποία χρησιμοποίησε μια ισχυρή ποσοτική προσέγγιση, επέτρεψε μια ολοκληρωμένη ανάλυση των διαφόρων παραγόντων που συμβάλλουν στις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης. Τα δημογραφικά ευρήματα έριξαν φως στη διαφορετική σύνθεση του πληθυσμού στην περιοχή της Δυτικής Αττικής, ενώ οι ειδικές ενότητες του ερωτηματολογίου εξέτασαν τη γενική κατάσταση της υγείας, τη λήψη φαρμάκων, τη χρήση υπηρεσιών υγείας και τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου υγείας SF-36. Αξίζει να σημειωθεί ότι η ενότητα "Ανάγκες υγείας

που δεν καλύφθηκαν" αποκάλυψε κρίσιμες περιοχές ανησυχίας, όπως οι καθυστερήσεις λόγω οικονομικής επιβάρυνσης και οι προκλήσεις στην πρόσβαση στην οδοντιατρική περίθαλψη.

Με βάση τις γνώσεις που αποκτήθηκαν από την έρευνα αυτή, προκύπτουν διάφορες προτάσεις για την αντιμετώπιση των κενών που εντοπίστηκαν στην προσβασιμότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Πρώτον, πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στην ενίσχυση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. Με την τοποθέτηση της ΠΦΥ ως πρώτης γραμμής στην αντιμετώπιση των αναγκών υγείας της κοινότητας, ένα ισχυρό σύστημα μπορεί να διαχειριστεί και να προλάβει αποτελεσματικά ζητήματα υγείας, μειώνοντας έτσι την πιθανότητα ανεκπλήρωτων αναγκών υγειονομικής περίθαλψης. Αυτή η προληπτική προσέγγιση ευθυγραμμίζεται με τον στόχο της προώθησης ενός υγιέστερου πληθυσμού.

Θα πρέπει να δοθεί έμφαση στα προληπτικά μέτρα υγειονομικής περίθαλψης για την ανασχεση της ανάπτυξης χρόνιων παθήσεων. Η επένδυση στην εκπαίδευση και την προαγωγή της υγείας καθίσταται ζωτικής σημασίας για την ελαχιστοποίηση της ζήτησης για αντιδραστικές ιατρικές παρεμβάσεις. Η εστίαση στην πρόληψη με γνώμονα τον πληθυσμό συμβάλλει όχι μόνο στην ατομική υγεία αλλά και στη συνολική βιωσιμότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

Η διευκόλυνση της συνεργασίας και του συντονισμού μεταξύ των δικτύων υγειονομικής περίθαλψης είναι απαραίτητη. Τόσο ο δημόσιος όσο και ο ιδιωτικός τομέας θα πρέπει να συνεργάζονται για να ενισχύσουν τη συνολική αποτελεσματικότητα της παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό περιλαμβάνει την προώθηση συνεργασιών μεταξύ δημοτικών ιατρείων, νοσοκομειακών εξωτερικών ιατρείων και ιδιωτικών ιατρείων, δημιουργώντας ένα απρόσκοπτο οικοσύστημα υγειονομικής περίθαλψης που καλύπτει ποικίλες ανάγκες υγείας.

Η προσαρμογή των παρεμβάσεων με βάση την ανάλυση δεδομένων σε επίπεδο δήμου είναι ζωτικής σημασίας. Η αναγνώριση των μοναδικών διαφοροποιήσεων στις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ των δήμων της Δυτικής Αττικής επιτρέπει την ανάπτυξη στοχευμένων και τοπικών λύσεων. Η προσέγγιση αυτή διασφαλίζει ότι οι παρεμβάσεις είναι ακριβώς ευθυγραμμισμένες με τις συγκεκριμένες προκλήσεις υγειονομικής περίθαλψης που αντιμετωπίζει κάθε κοινότητα.

Η εφαρμογή μέτρων για την αντιμετώπιση των οικονομικών εμποδίων, τη μείωση των χρόνων αναμονής και την ενίσχυση της γεωγραφικής προσβασιμότητας είναι επιτακτική ανάγκη. Η βελτιστοποίηση των υφιστάμενων υποδομών, η εισαγωγή λύσεων τηλεϊατρικής και οι μηχανισμοί οικονομικής στήριξης για τους ευάλωτους πληθυσμούς αποτελούν πιθανές στρατηγικές. Τα βήματα αυτά αποσκοπούν στο να καταστήσουν τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης πιο προσιτές σε όλους, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Η ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο ευρύτερο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης είναι υψίστης σημασίας. Αναγνωρίζοντας τον σημαντικό αντίκτυπο της ψυχολογικής ευημερίας στη συνολική υγεία, οι προσπάθειες θα πρέπει να επικεντρωθούν στον αποστιγματισμό των θεμάτων ψυχικής υγείας, στην επέκταση της διαθεσιμότητας υπηρεσιών και στην προώθηση της ευαισθητοποίησης της κοινότητας. Αυτή η ολιστική προσέγγιση διασφαλίζει ότι η υγειονομική περίθαλψη θεωρεί την ψυχική ευημερία ως αναπόσπαστο στοιχείο της συνολικής υγείας.

Η προώθηση μιας ολιστικής προσέγγισης στην υγειονομική περίθαλψη είναι ουσιαστικής σημασίας. Αυτό περιλαμβάνει την εξέταση των κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων και του ατομικού τρόπου ζωής. Οι πρωτοβουλίες που προωθούν την υγιεινή διαβίωση, τη διατροφή και τη σωματική δραστηριότητα συμβάλλουν στη συνολική ευημερία, δημιουργώντας ένα ολοκληρωμένο και βιώσιμο παράδειγμα υγειονομικής περίθαλψης.

Βιβλιογραφία

Allin, S. and Masseria, C. (2009). Unmet need as an indicator of health care access.

Eurohealth, [online] 15(3), pp.7–10. Διαθέσιμο στο:

<http://eprints.lse.ac.uk/id/eprint/28454>.

Allin, S., Grignon, M. and Le Grand, J. (2010). Subjective unmet need and utilization

of health care services in Canada: What are the equity implications? *Social Science &*

Medicine, 70(3), pp.465–472. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.027>.

Andersen, R. (1978). Health status indices and access to medical care. *American*

Journal of Public Health, 68(5), pp.458–463.

doi:<https://doi.org/10.2105/ajph.68.5.458>.

Berchick, E.R., Barnett, J.C. and Upton, R.D. (2019). *Health Insurance Coverage in*

the United States: 2018. [online] Census.gov. Διαθέσιμο στο:

<https://www.census.gov/library/publications/2019/demo/p60-267.html>.

Bowling, A. (1997). *Measuring Health*. Open University Press.

Carr, W. and Wolfe, S. (1976). Unmet Needs as Sociomedical Indicators.

International Journal of Health Services, 6(3), pp.417–430.

doi:<https://doi.org/10.2190/mcg0-uh8d-0ag8-vfnu>.

Cassini, A., Högberg, L.D., Plachouras, D., Quattrocchi, A., Hoxha, A., Simonsen,

G.S., Colomb-Cotinat, M., Kretzschmar, M.E., Devleeschauwer, B., Cecchini, M.,

Ouakrim, D.A., Oliveira, T.C., Struelens, M.J., Suetens, C., Monnet, D.L., Strauss, R.,

Mertens, K., Struyf, T., Catry, B. and Latour, K. (2019). Attributable deaths and

disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in

the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling

analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 19(1), pp.56–66.

doi:[https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(18\)30605-4](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(18)30605-4).

Cech, D.J. and Martin, S. (2012). *Functional Movement Development Across the Life*

Span. [online] Elsevier. doi:<https://doi.org/10.1016/c2009-0-60730-3>.

De Vaus, D. (2013). *Surveys in Social Research*. Routledge.

doi:<https://doi.org/10.4324/9780203519196>.

Dunbar, M.S., Breslau, J., Collins, R.L., Beckman, R.L. and Engel, C.C. (2023).

Heterogeneity in Unmet Treatment Need and Barriers to Accessing Mental Health Services Among U.S. Military Service Members with Serious Psychological Distress. *Administration and Policy in Mental Health*. doi:<https://doi.org/10.1007/s10488-023-01289-4>.

Economou, M., Peppou, L.E., Souliotis, K. and Stylianidis, S. (2016). The Impact of the Economic Crisis in Greece: Epidemiological Perspective and Community Implications. *Social and Community Psychiatry*, pp.469–483.

doi:https://doi.org/10.1007/978-3-319-28616-7_24.

European Commission (2019). *Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems and Fiscal Sustainability – Country Documents 2019 Update*. [online] economy-finance.ec.europa.eu. Διαθέσιμο στο: https://economy-finance.ec.europa.eu/publications/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-and-fiscal-sustainability-country-documents-2019_en.

European Observatory on Health Systems and Policies (2019). *Greece: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*. [online] Paris: OECD Publishing. Διαθέσιμο στο: https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-11/2019_chp_gr_english_0.pdf.

Eurostat (2022). *Unmet health care needs statistics*. [online] ec.europa.eu. Διαθέσιμο στο: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics#Unmet_needs_for_health_care.

Eurostat (2022). *Unmet health care needs statistics*. [online] ec.europa.eu. Διαθέσιμο στο: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet health care needs statistics#Unmet needs for health care](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics#Unmet_needs_for_health_care).

García-Corcheró, J.D. and Jiménez-Rubio, D. (2022). Waiting times in healthcare: equal treatment for equal need? *International Journal for Equity in Health*, 21(1). doi:<https://doi.org/10.1186/s12939-022-01799-x>.

Gibson, G., Grignon, M., Hurley, J. and Wang, L. (2019). Here comes the SUN: Self-assessed unmet need, worsening health outcomes, and health care inequity. *Health Economics*, 28(6), pp.727–735. doi:<https://doi.org/10.1002/hec.3877>.

iatronet.gr (2020). *διαΝΕΟσις: Οι χρόνιες παθολογίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. [online] iatronet.gr. Διαθέσιμο στο: <https://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/perithalpsi-asfalisi/news/54044/dianeosis-oi-xronies-pathogeneies-toy-ethnikoy-systimatos-yegeias.html> [Προσπελάστηκε 17 Σεπ. 2023].

Jang, B.-N., Kim, H.-J., Kim, B.-R., Woo, S., Lee, W.-J. and Park, E.-C. (2021). Effect of Practicing Health Behaviors on Unmet Needs among Patients with Chronic Diseases: A Longitudinal Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), p.7977. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph18157977>.

Kaplan, G. and Baron-Epel, O. (2003). What lies behind the subjective evaluation of health status? *Social Science & Medicine*, 56(8), pp.1669–1676. doi:[https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00179-x](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00179-x).

Karanikolos, M., Mackenbach, J.P., Nolte, E., Stuckler, D. and McKee, M. (2018). Amenable mortality in the EU—has the crisis changed its course? *European Journal of Public Health*, 28(5), pp.864–869. doi:<https://doi.org/10.1093/eurpub/cky116>.

Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M. and Stuckler, D. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *The Lancet*, 378(9801), pp.1457–1458. doi:[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)61556-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)61556-0).

OECD (2016). *Reviews of Health Systems: Mexico 2016. OECD Reviews of Health Systems*. OECD. doi:<https://doi.org/10.1787/9789264230491-en>.

OECD (2017). *A System of Health Accounts 2011*. OECD. doi:<https://doi.org/10.1787/9789264270985-en>.

OECD (2019). *Ireland: Country Health Profile 2019. State of Health in the EU*. OECD. doi:<https://doi.org/10.1787/2393fd0a-en>.

OECD (2020). *Realising the Potential of Primary Health Care. OECD Health Policy Studies*. OECD. doi:<https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>.

OECD (2020a). *Unmet needs for health care: Comparing approaches and results from international surveys*. [online] OECD. Διαθέσιμο στο: https://www.oecd.org/health/health-systems/Unmet-Needs-for-Health-Care-Brief-2020.pdf?_ga=2.226008666.1153856703.1695907875-92956334.1695907875.

OECD (2020b). *Waiting Times for Health Services: Next in Line, OECD Health Policy Studies*. OECD Health Policy Studies. OECD.
doi:<https://doi.org/10.1787/242e3c8c-en>.

OECD (2021). *Unmet health care needs*. [online] www.oecd-ilibrary.org. Διαθέσιμο στο: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/667fed97-en/index.html?itemId=/content/component/667fed97-en>.

OECD (2021a). Adaptive Health Financing: Budgetary and Health System Responses to Combat COVID-19. *OECD Journal on Budgeting*, 21(1).
doi:<https://doi.org/10.1787/69b897fb-en>.

OECD (2021b). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. [online] *OECD iLibrary*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. Διαθέσιμο στο: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/ae3016b9-en.pdf?expires=1698067866&id=id&accname=guest&checksum=0EA96914079A57134CE5A79623143EA8> [Προσπελάστηκε 23 Οκτ. 2023].

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and World Health Organization (2008). *Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights The Right to Health*. [online] Διαθέσιμο στο: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>.

Papanikolaou, V. and Zygiaris, S. (2012). Service quality perceptions in primary health care centres in Greece. *Health Expectations*, 17(2), pp.197–207.
doi:<https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00747.x>.

Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Papadopoulos, A., Tountas, Y. and Niakas, D. (2013). Investigating Unmet Health Needs in Primary Health Care Services in a Representative Sample of the Greek Population †. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [online] 10(5), pp.2017–2027.
doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph10052017>.

Park, S., Kim, B. and Kim, S. (2016). Poverty and working status in changes of unmet health care need in old age. *Health Policy*, 120(6), pp.638–645.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.004>.

Quintal, C., Ramos, L.M., Antunes, M. and Lourenço, Ó. (2023). Unmet healthcare needs among the population aged 50+ and their association with health outcomes during the COVID-19 pandemic. *European Journal of Ageing*, 20(1).
doi:<https://doi.org/10.1007/s10433-023-00758-x>.

Raghupathi, V. and Raghupathi, W. (2020). The influence of education on health: An empirical assessment of OECD countries for the period 1995–2015. *Archives of Public Health*, 78(1).

Rahman, Md.M., Rosenberg, M., Flores, G., Parsell, N., Akter, S., Alam, M.A., Rahman, Md.M. and Edejer, T. (2022). A systematic review and meta-analysis of unmet needs for healthcare and long-term care among older people. *Health Economics Review*, 12(1). doi:<https://doi.org/10.1186/s13561-022-00398-4>.

Ravaghi, H., Guisset, A.-L., Elfeky, S., Nasir, N., Khani, S., Ahmadnezhad, E. and Abdi, Z. (2023). A scoping review of community health needs and assets assessment: concepts, rationale, tools and uses. *BMC Health Services Research*, 23(1).
doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-022-08983-3>.

Rice, T. (2006). *Τα οικονομικά της υγείας σε επανεξέταση*. Κριτική.

Sarantakos, S. (2005). *Social Research*. London: Macmillan Education UK.
doi:<https://doi.org/10.1007/978-0-230-20901-5>.

Schofield, M.J. and Forrester-Knauss, C. (2013). Surveys and questionnaires in health research. In: *Research methods in health: Foundations for evidence-based practice*. Oxford University Press.

Suetens, C., Latour, K., Kärki, T., Ricchizzi, E., Kinross, P., Moro, M.L., Jans, B., Hopkins, S., Hansen, S., Lyytikäinen, O., Reilly, J., Deptula, A., Zingg, W., Plachouras, D. and Monnet, D.L. (2018). Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point

prevalence surveys, 2016 to 2017. *Eurosurveillance*, 23(46).
doi:<https://doi.org/10.2807/1560-7917.es.2018.23.46.1800516>.

Sun, S. and Chen, Y.-C. (2022). Is Financial Capability a Determinant of Health? Theory and Evidence. *Journal of Family and Economic Issues*, 43(4), pp.744–755.
doi:<https://doi.org/10.1007/s10834-022-09869-6>.

Thomas, S., Charchar, F.J., Klein, B., Ory, M.G., Bowden-Jones, H. and Chamberlain, S.R. (2023). Transforming global approaches to chronic disease prevention and management across the lifespan: integrating genomics, behavior change, and digital health solutions. *Frontiers in Public Health*, 11.
doi:<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1248254>.

Thomson, S., Cylus, J. and Evetovits, T. (2019). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. *Eurohealth*, [online] 25(3), pp.41–46. Διαθέσιμο στο: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332516> [Προσπελάστηκε 23 Οκτ. 2023].

Thuma, T., Lawandy, M., Lotfalla, A., Terrell, M. and Lomiguen, C. (2020). Mental Health Matters: Mental Health and Overall Well-Being Among First- and Second-Year Medical Students. *Health Professions Education*.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.hpe.2020.07.003>.

U.S. Department of Health & Human Services (2023). *Unmet need for health care - Health, United States*. [online] www.cdc.gov. Διαθέσιμο στο: <https://www.cdc.gov/nchs/hus/topics/unmet-need.htm#explore-data> [Προσπελάστηκε 17 Σεπ. 2023].

Vahedi, S., Torabipour, A., Takian, A., Mohammadpur, S., Olyaeemanesh, A., Kiani, M.M. and Mohamadi, E. (2021). Socioeconomic determinants of unmet need for outpatient healthcare services in Iran: a national cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21(1). doi:<https://doi.org/10.1186/s12889-021-10477-6>.

WHO (2018). *Addressing informal payments in the Greek health system*. [online] www.who.int. World Health Organization. Διαθέσιμο στο: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2018-3038-42796-59719> [Προσπελάστηκε 24 Οκτ. 2023].

WHO (2019a). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe: summary*. [online] *www.who.int*. Office for Health Systems Financing. Διαθέσιμο στο: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2019-3439-431980-60514> [Προσπελάστηκε 24 Οκτ. 2023].

WHO (2019b). *Monitoring and documenting systemic and health effects of health reforms in Greece: assessment report*. [online] *www.who.int*. World Health Organization. Διαθέσιμο στο: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2019-3599-43358-60823> [Προσπελάστηκε 24 Οκτ. 2023].

World Health Organization (2017). WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies. *Who.int*. [online] doi:<https://doi.org/9789241512824>.

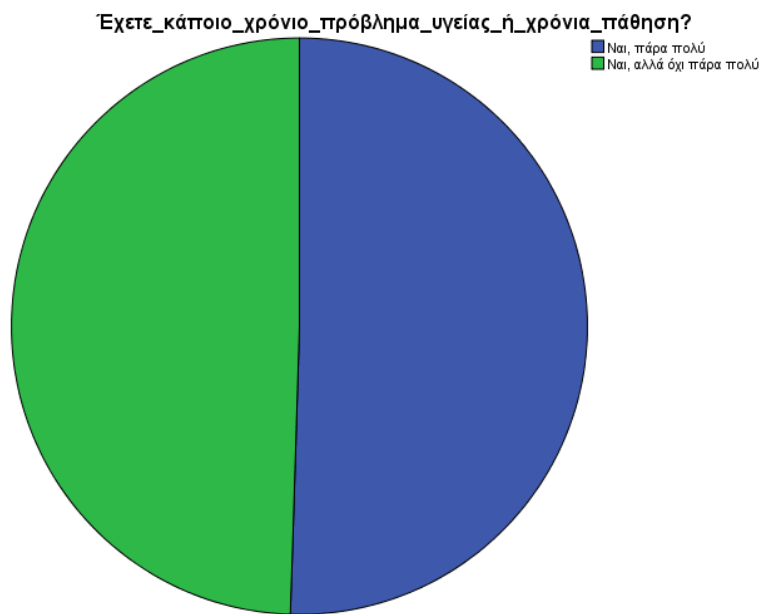
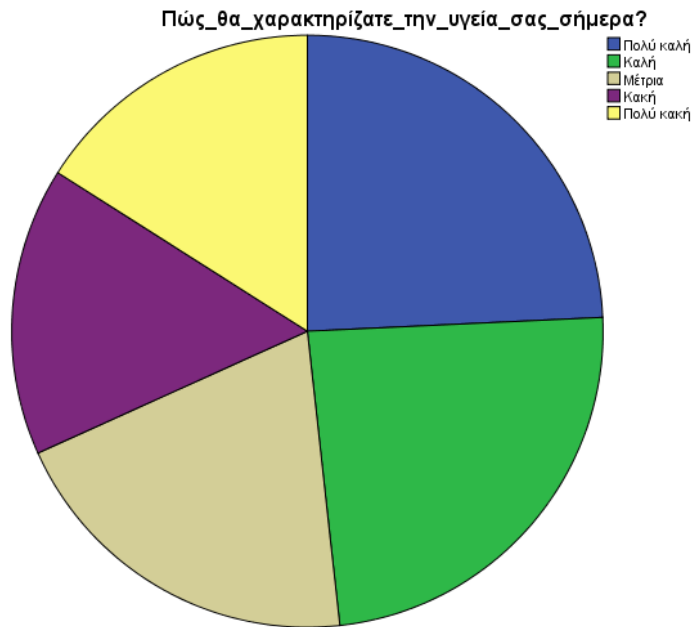
Wu, L., Fu, R. and Ma, J. (2023). Unmet healthcare needs, health outcomes, and health inequalities among older people in China. *Frontiers in Public Health*, [online] 11. doi:<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1082517>.

Zhou, S., Huang, T., Li, A. and Wang, Z. (2021). Does universal health insurance coverage reduce unmet healthcare needs in China? Evidence from the National Health Service Survey. *International Journal for Equity in Health*, 20(1). doi:<https://doi.org/10.1186/s12939-021-01385-7>.

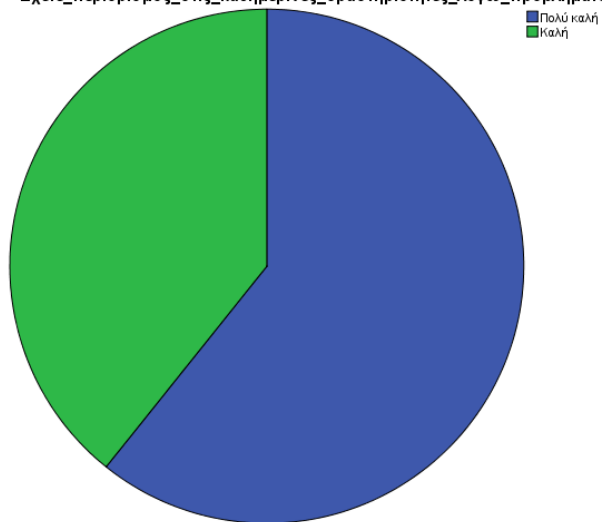
Νιάκας, Δ. (2014). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας. *Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής*, 5(1), pp.3–7.

Παράρτημα 1

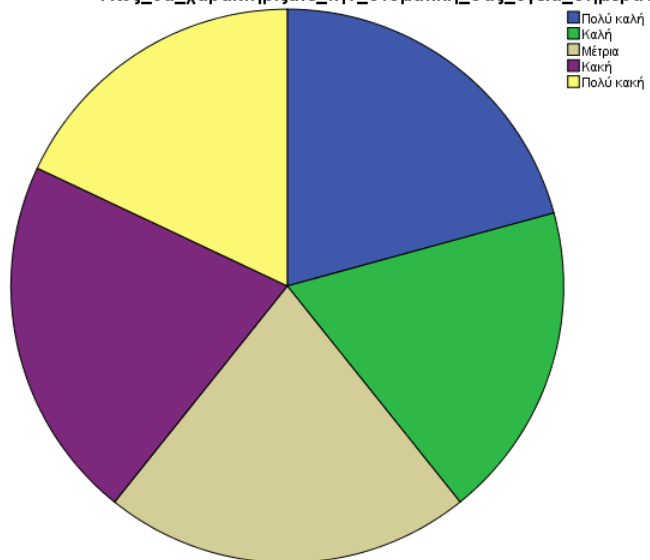
Γραφήματα



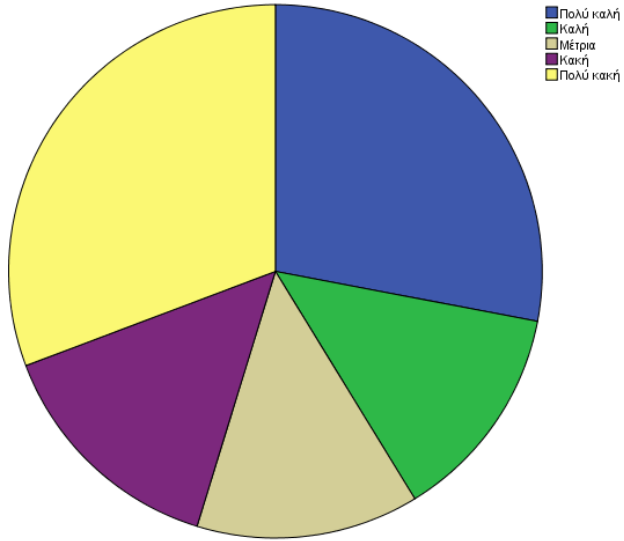
Έχετε περιορισμό στις καθημερινές δραστηριότητες λόγω προβλήματος υγείας?



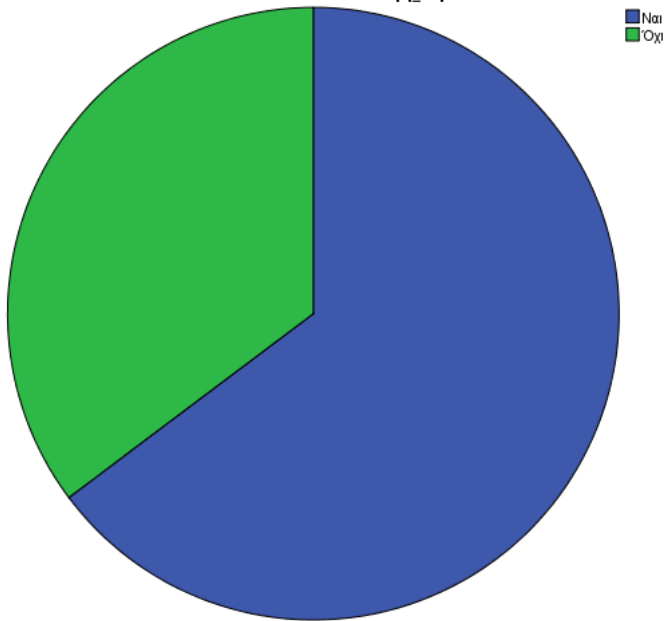
Πώς θα χαρακτηρίζατε την στοματική σας υγεία σήμερα?



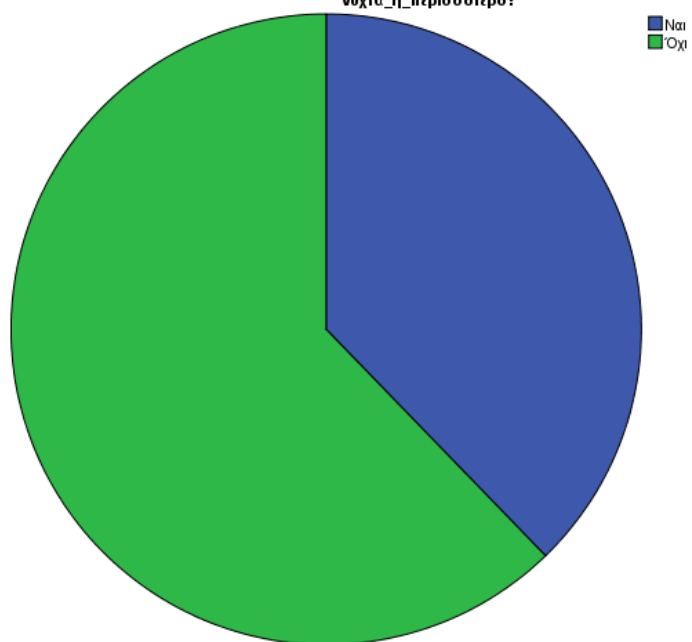
Πώς θα περιγράφατε την κατάσταση των δοντιών και των ούλων σας?



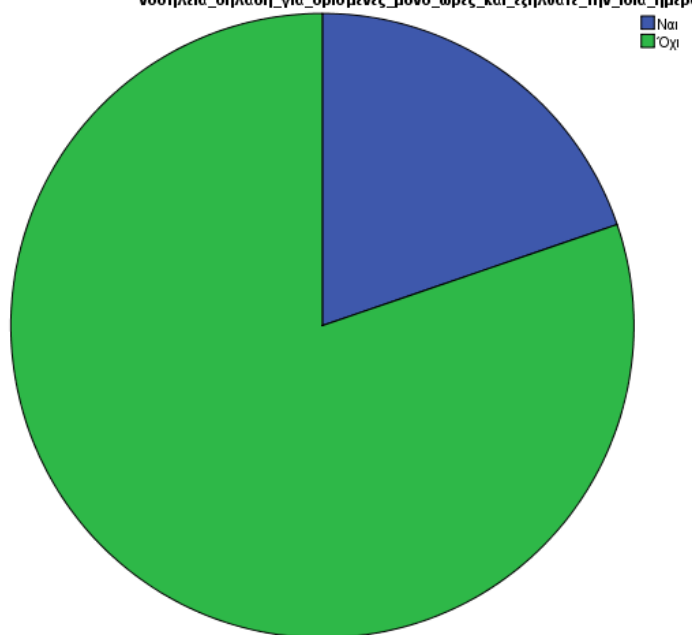
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 2 εβδομάδων λάβατε φάρμακα που σας χορηγήθηκαν με γραπτή συνταγή γιατρού?



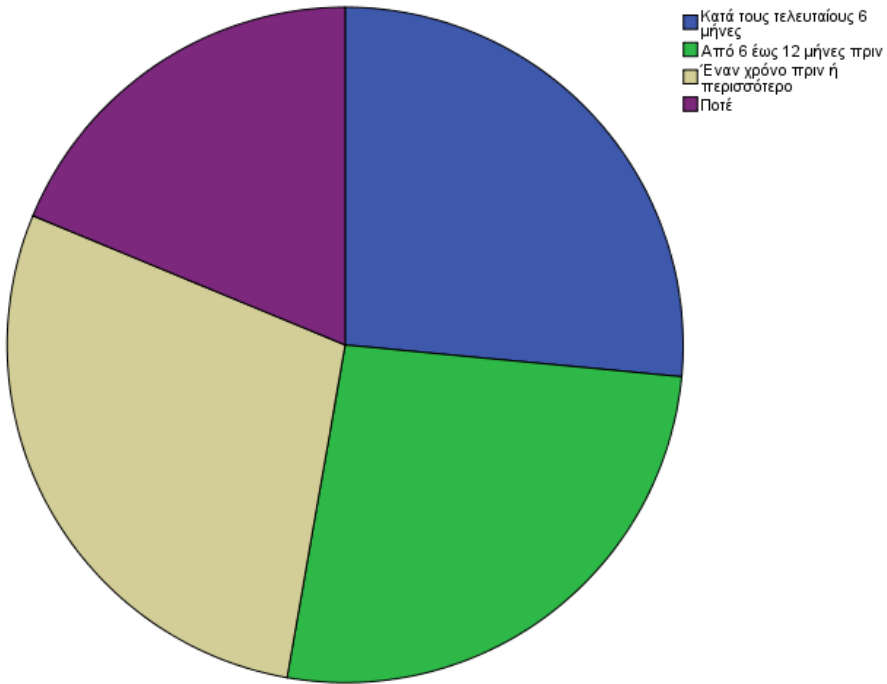
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών κάνατε εισαγωγή σε νοσοκομείο κλινική ως ασθενής για μία νύχτα ή περισσότερο?



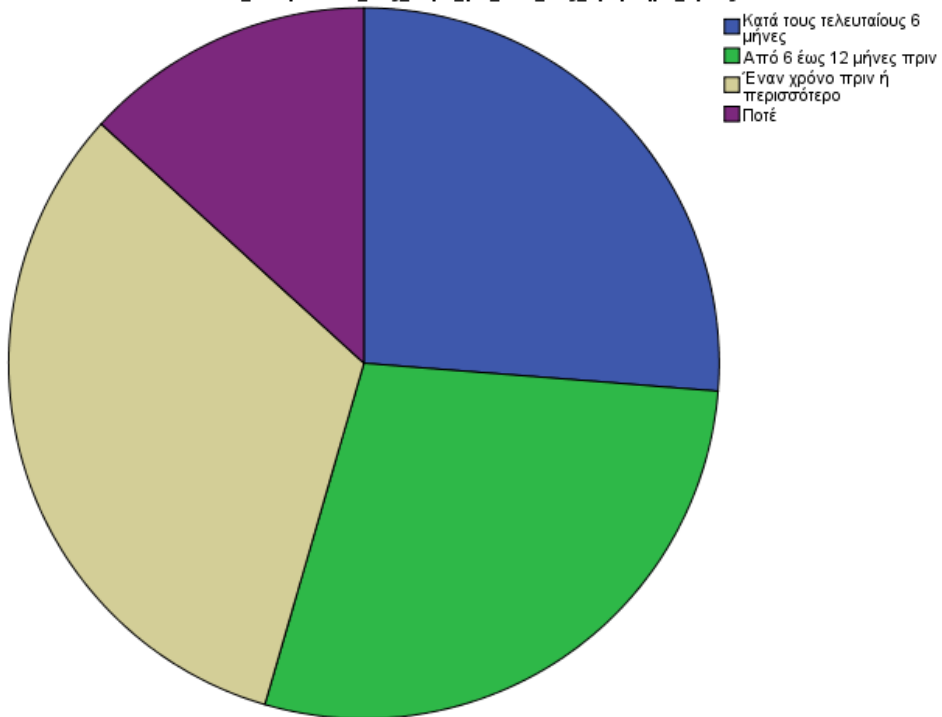
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών κάνατε εισαγωγή σε νοσοκομείο κλινική για ημερήσια νοσηλεία δηλαδή για ορισμένες μόνο ώρες και εξήλθατε την ίδια ημέρα?



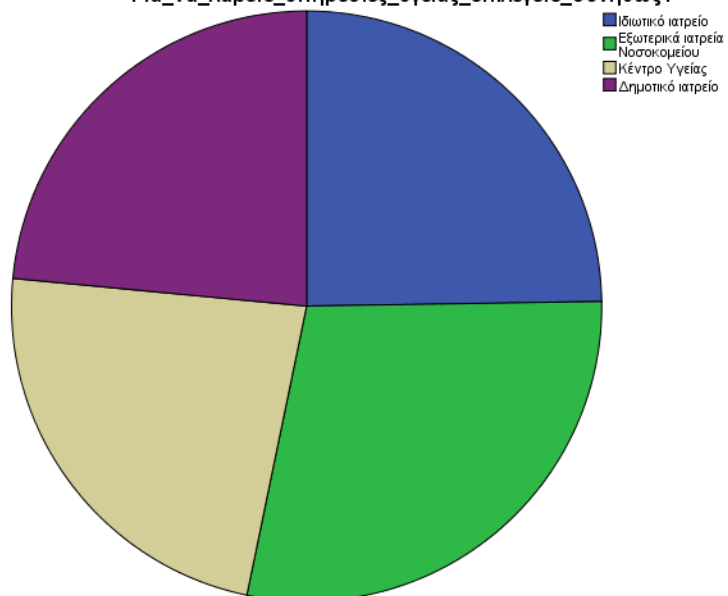
Πότε ήταν η τελευταία φορά που επισκεφτήκατε οδοντίατρο_ορθοδοντικό_για_δικό_σας_πρόβλημα_υγείας?



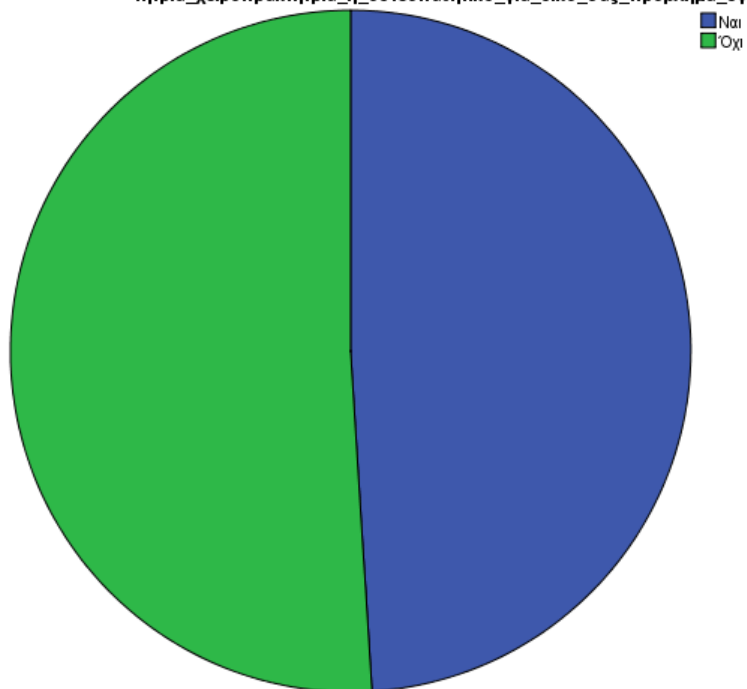
Πότε ήταν η τελευταία φορά που επισκεφτήκατε ή συμβουλευτήκατε ιατρό_γενικής_ιατρικής_παθολόγο_ή_τον_οικογενειακό_σας_ιατρό_για_δικό_σας_πρόβλημα_υγείας?



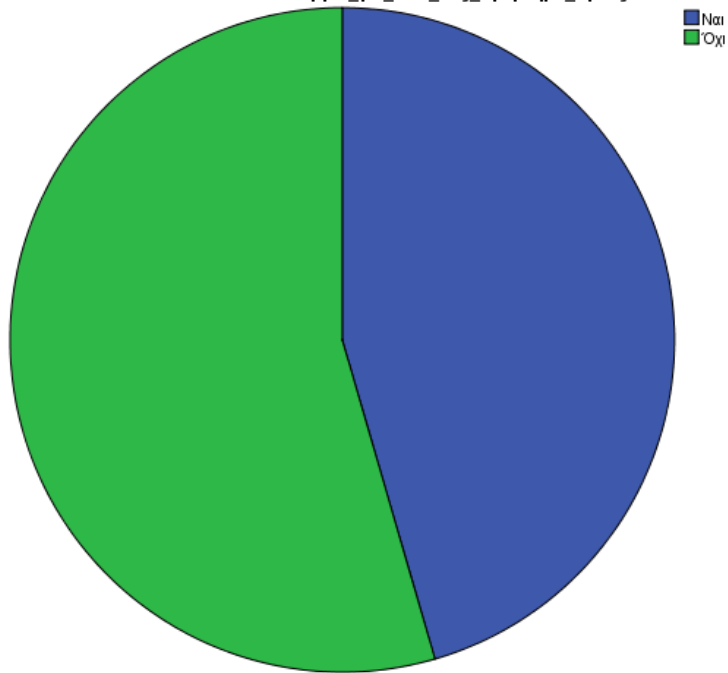
Για να λάβετε υπηρεσίες υγείας επιλέγετε συνήθως?



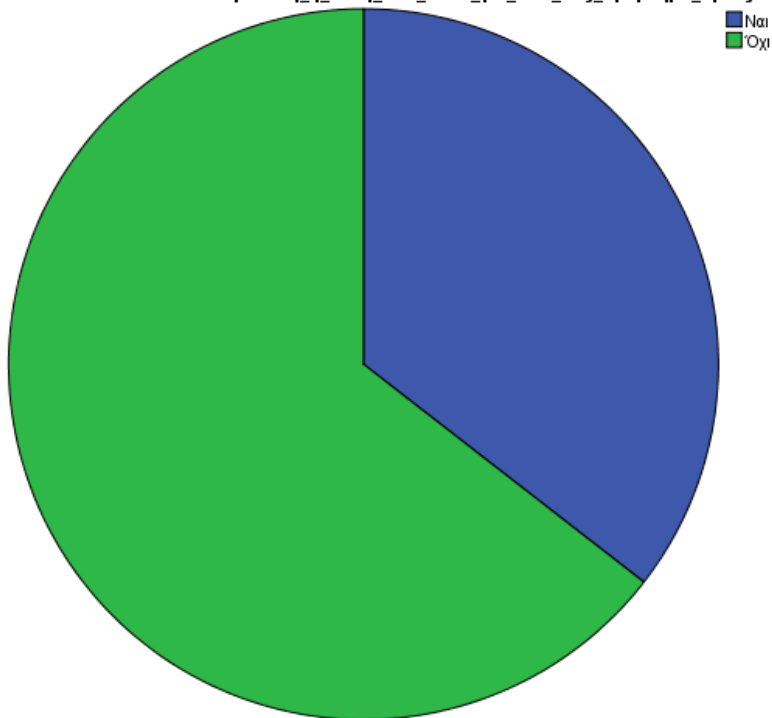
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών επισκεφτήκατε φυσικοθεραπευτήρια, κινησιοθεραπευτήρια, χειροπράκτλητα ή οστεοπαθητικό για δικό σας πρόβλημα υγείας?



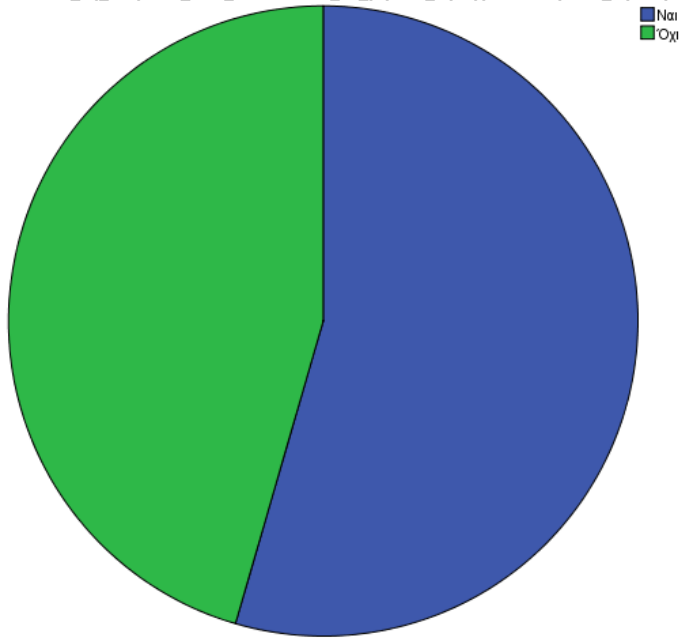
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών επισκεφτήκατε ψυχολόγο_ψυχίατρο_ή_ψυχοθεραπευτή_για_δικό_σας_πρόβλημα_υγείας?



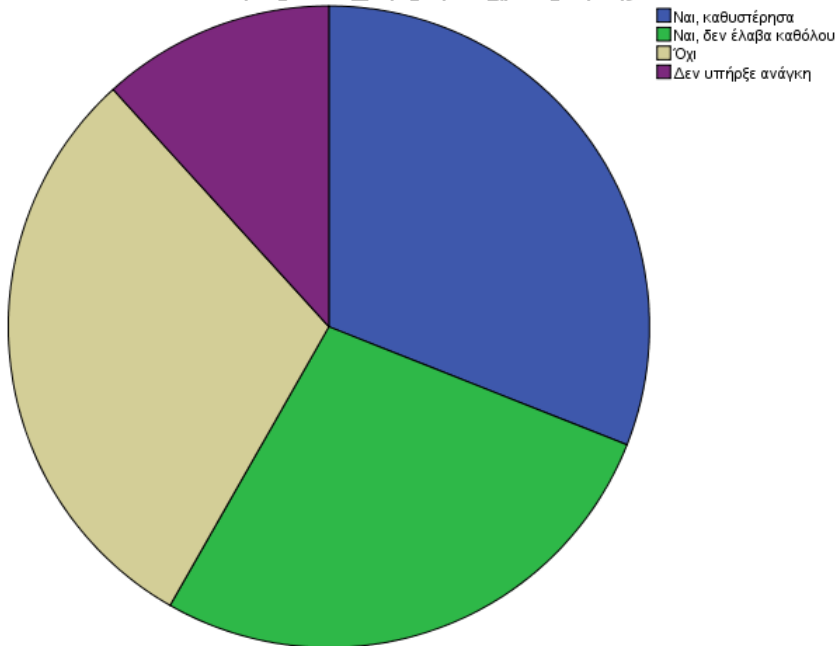
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών χρησιμοποιήσατε οποιαδήποτε υπηρεσία φροντίδας νοσηλευτική_ή_άλλη_κατ' οίκον_για_δικό_σας_πρόβλημα_υγείας?



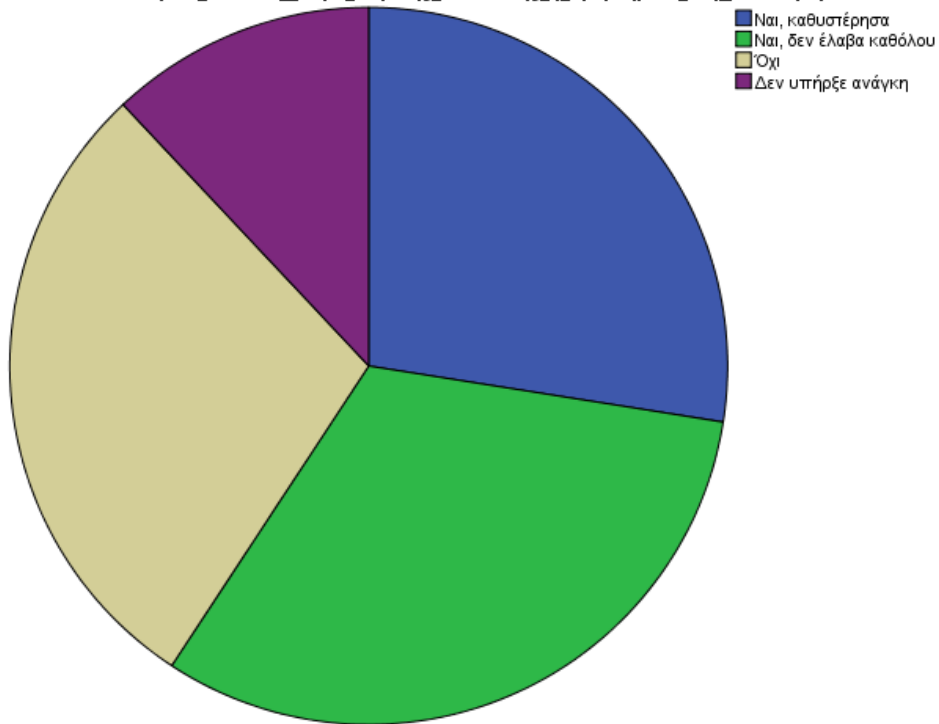
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών πραγματοποιήσατε προληπτικές εξετάσεις?



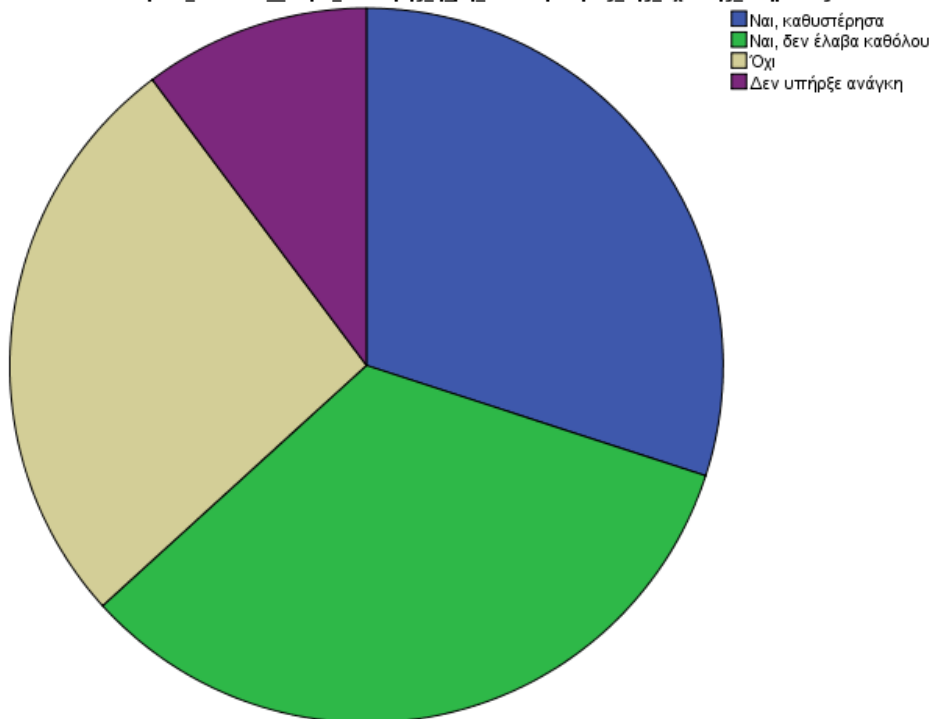
Κατά τους τελευταίους 12 μήνες καθυστερήσατε να λάβετε αναγκαία ιατρονοσηλευτική φροντίδα ή δεν τη λάβατε καθόλου λόγω Μεγάλου χρόνου αναμονής?



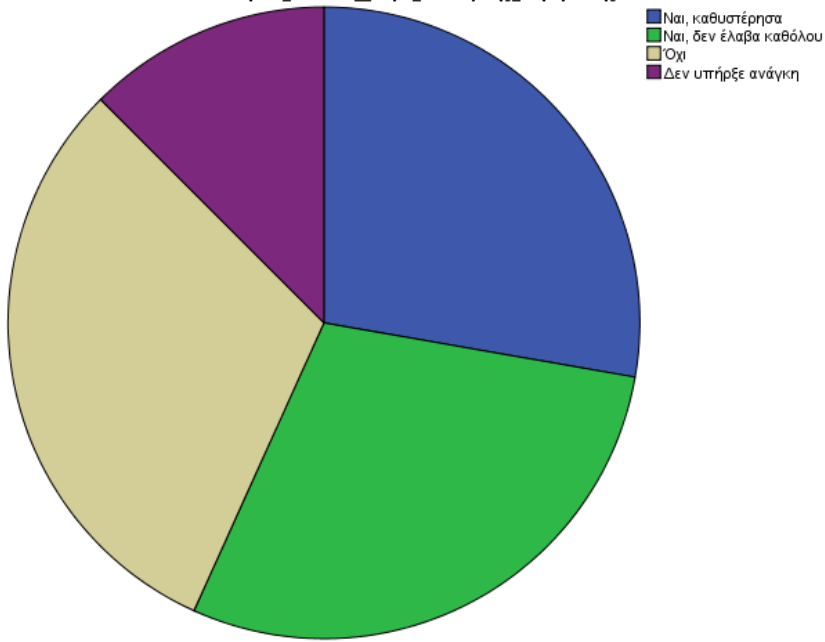
Κατά τους τελευταίους 12 μήνες καθυστερήσατε να λάβετε αναγκαία ιατρονοσηλευτική φροντίδα ή δεν τη λάβετε καθόλου λόγω Μεγάλης απόστασης ή προβλήματα στη μετακίνηση?



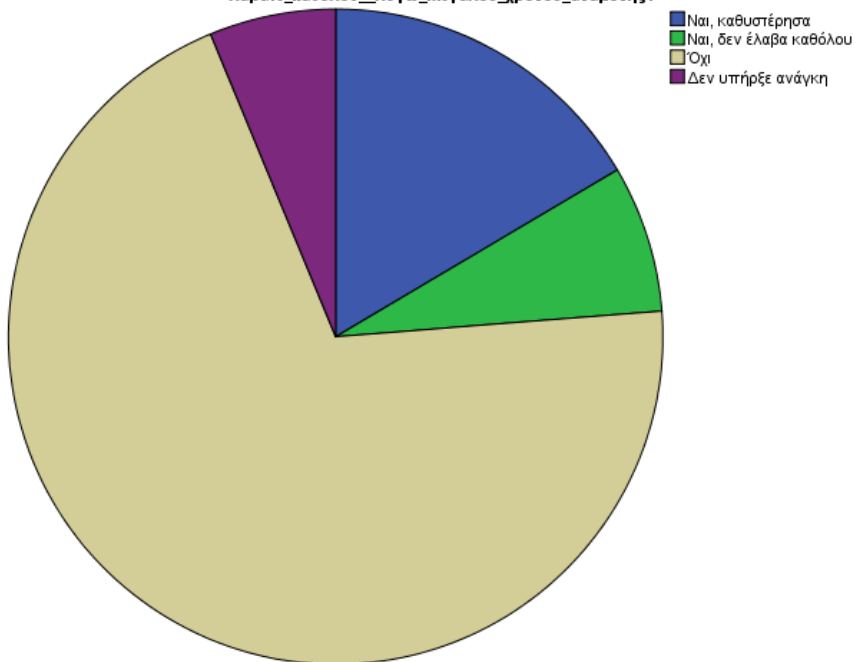
Κατά τους τελευταίους 12 μήνες καθυστερήσατε να λάβετε αναγκαία ιατρονοσηλευτική φροντίδα ή δεν τη λάβετε καθόλου λόγω Έλλειψης ή μη διαθεσιμότητας της σχετικής υπηρεσίας?



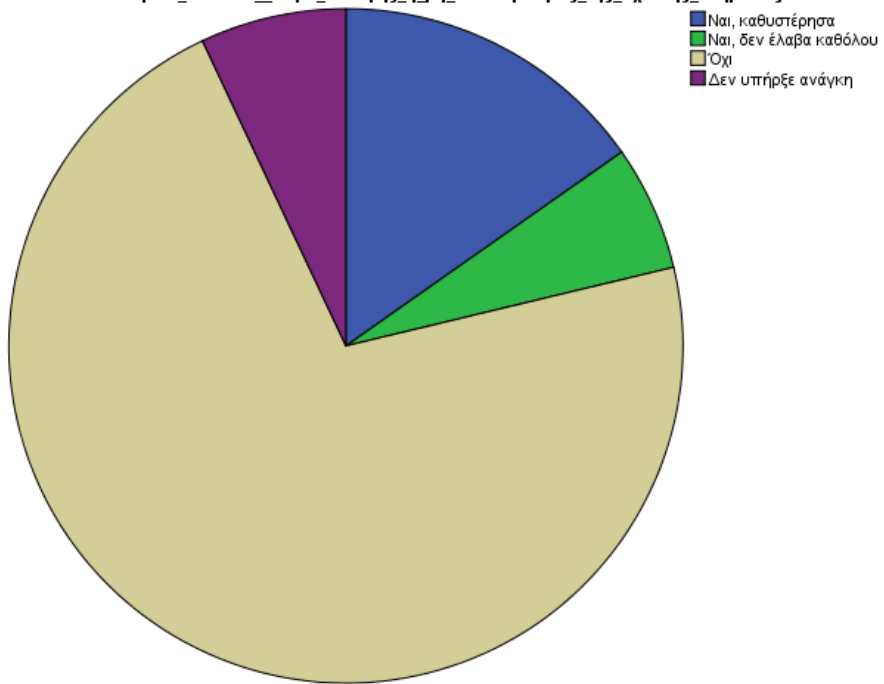
Κατά τους τελευταίους 12 μήνες καθυστερήσατε να λάβετε αναγκαία ιατρονοσηλευτική φροντίδα ή δεν τη λάβατε καθόλου λόγω Οικονομικής επιβάρυνσης?



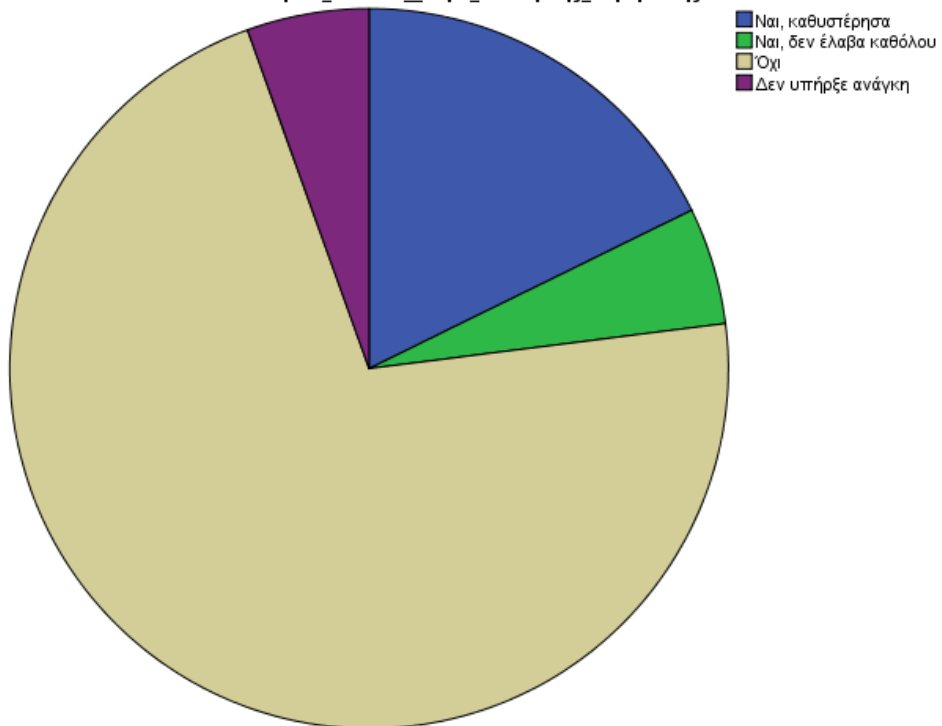
Κατά τους τελευταίους 12 μήνες καθυστερήσατε να λάβετε αναγκαία οδοντιατρική φροντίδα ή δεν τη λάβατε καθόλου λόγω Μεγάλου χρόνου αναμονής?



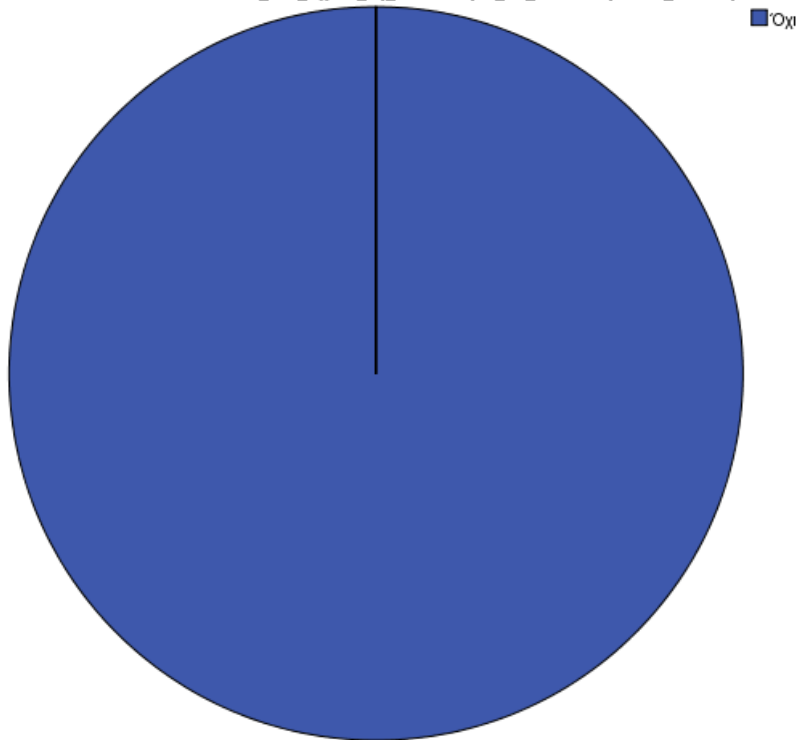
Κατά τους τελευταίους 12 μήνες καθυστερήσατε να λάβετε αναγκαία οδοντιατρική φροντίδα ή δεν τη λάβατε καθόλου λόγω έλλειψης ή μη διαθεσιμότητας της σχετικής υπηρεσίας?



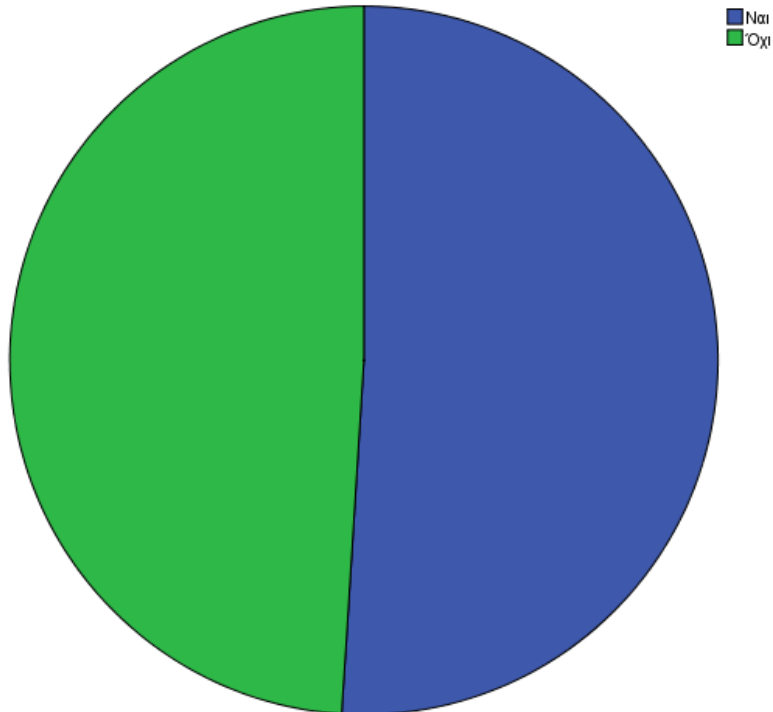
Κατά τους τελευταίους 12 μήνες καθυστερήσατε να λάβετε αναγκαία οδοντιατρική φροντίδα ή δεν τη λάβατε καθόλου λόγω οικονομικής επιβάρυνσης?



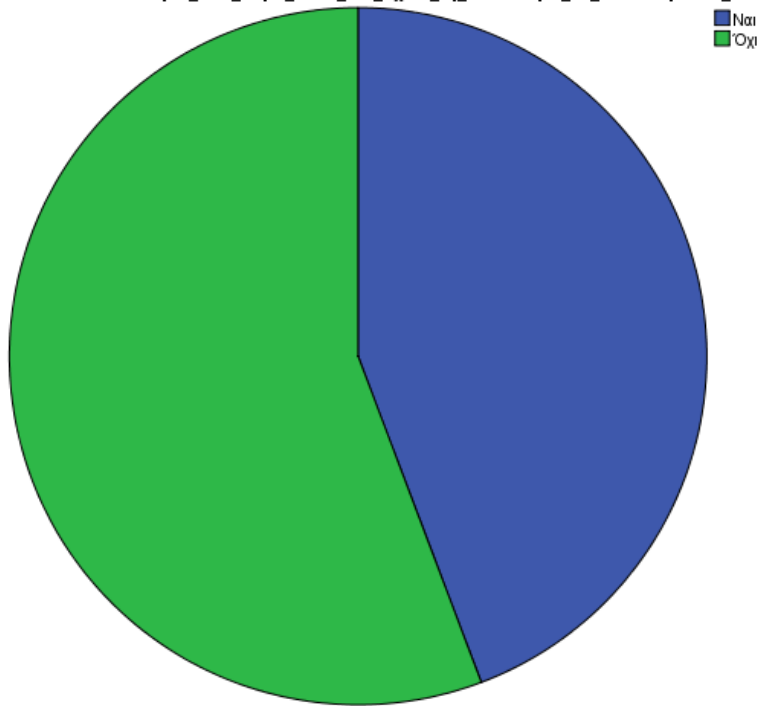
Κατά τους τελευταίους 12 μήνες υπήρξε περίπτωση που χρειαστήκατε κάποια Ιατρική φροντίδα ή θεραπεία αλλά δεν είχατε τη δυνατότητα να ανταποκριθείτε οικονομικά?



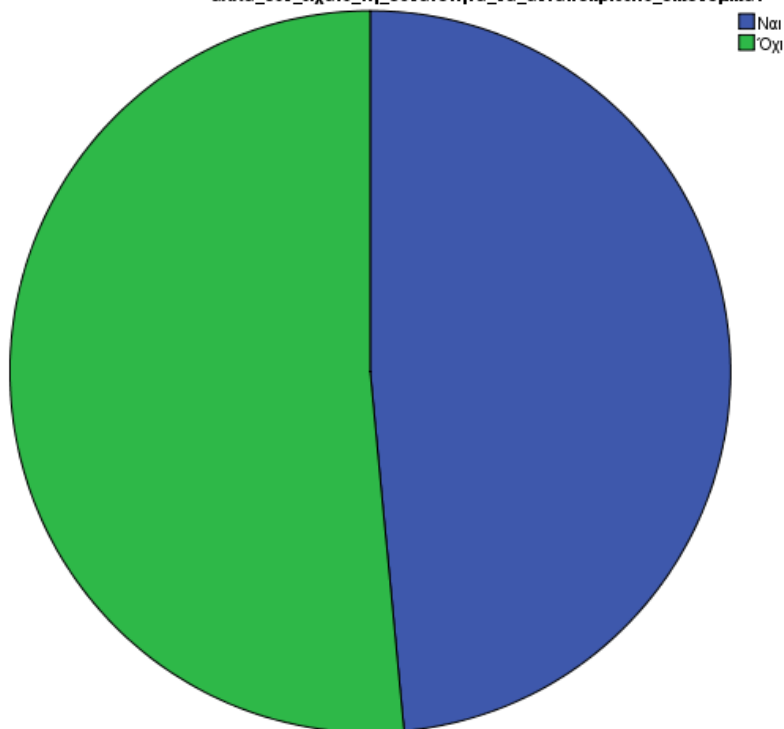
Κατά τους τελευταίους 12 μήνες υπήρξε περίπτωση που χρειαστήκατε κάποια Οδοντιατρική φροντίδα ή θεραπεία αλλά δεν είχατε τη δυνατότητα να ανταποκριθείτε οικονομικά?



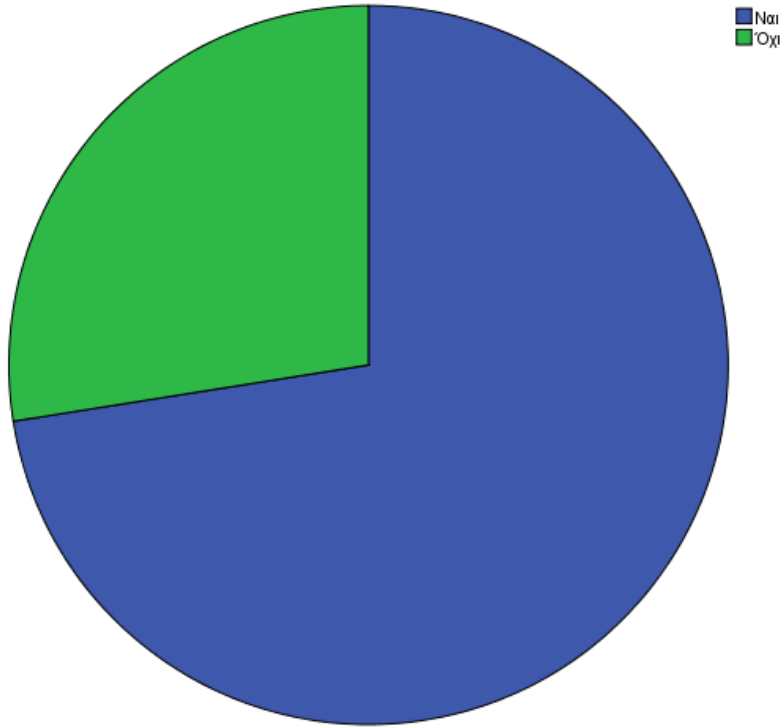
Κατά τους τελευταίους 12 μήνες υπήρξε περίπτωση που χρειαστήκατε Αγορά φαρμάκων που έχουν συστηθεί από ιατρό αλλά δεν είχατε τη δυνατότητα να ανταποκριθείτε οικονομικά?



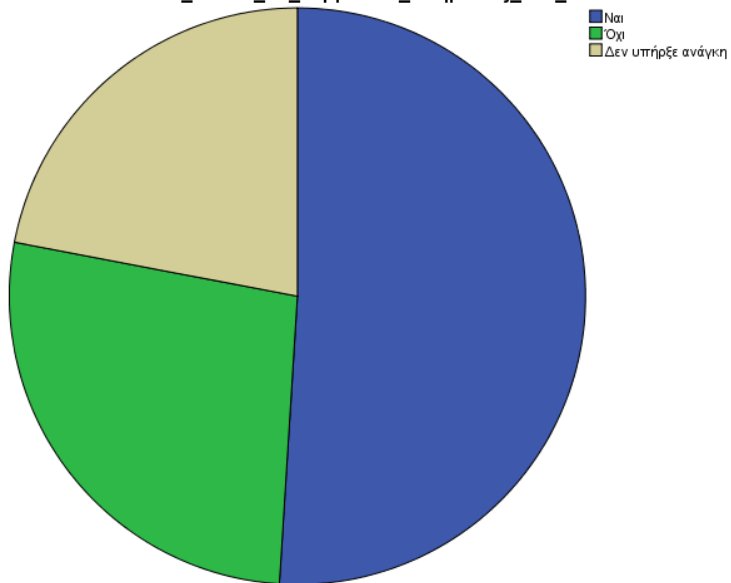
Κατά τους τελευταίους 12 μήνες υπήρξε περίπτωση που χρειαστήκατε Υπηρεσίες φροντίδας ψυχικής υγείας αλλά δεν είχατε τη δυνατότητα να ανταποκριθείτε οικονομικά?



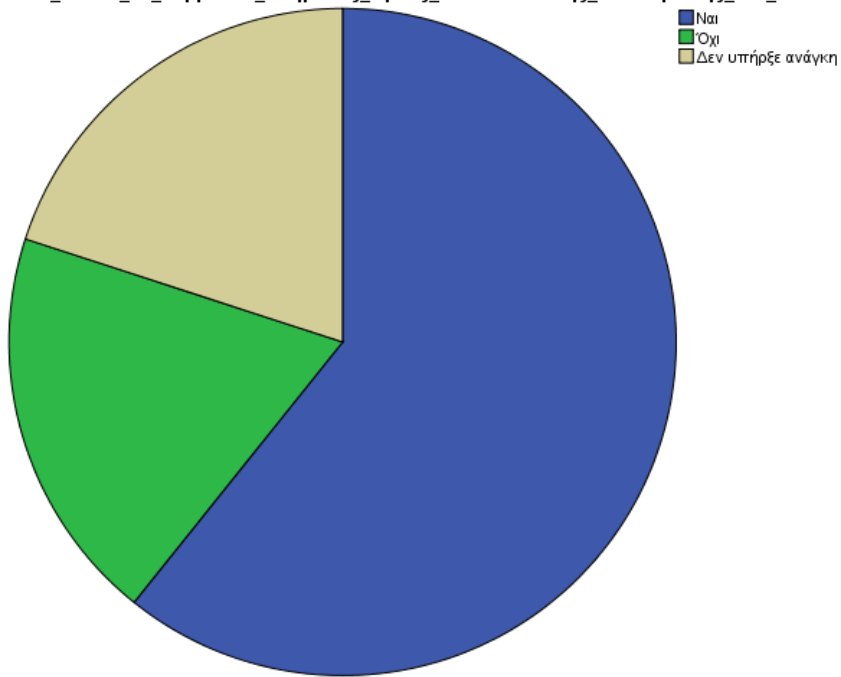
Κατά τους τελευταίους 12 μήνες υπήρξε περίπτωση που χρειαστήκατε Αγορά τεχνικών βοηθημάτων ή ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού αλλά δεν είχατε τη δυνατότητα να ανταποκριθείτε οικονομικά?



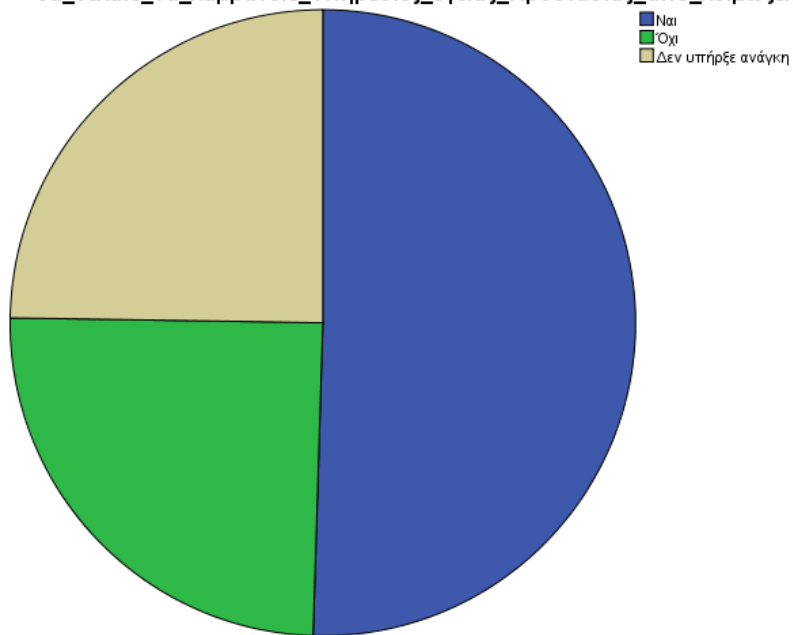
θα θέλατε να λαμβάνετε υπηρεσίες στο σπίτι?



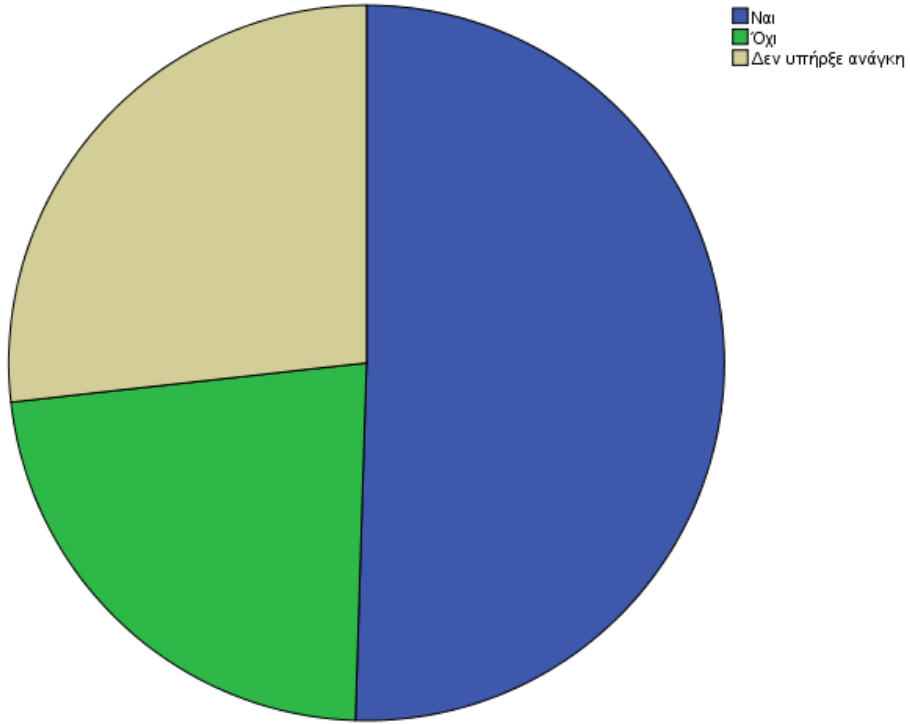
θα_θέλατε_να_λαμβάνετε_Υπηρεσίες_υγείας_Αποκατάστασης_ενδυνάμωσης_του_ασθενούς?



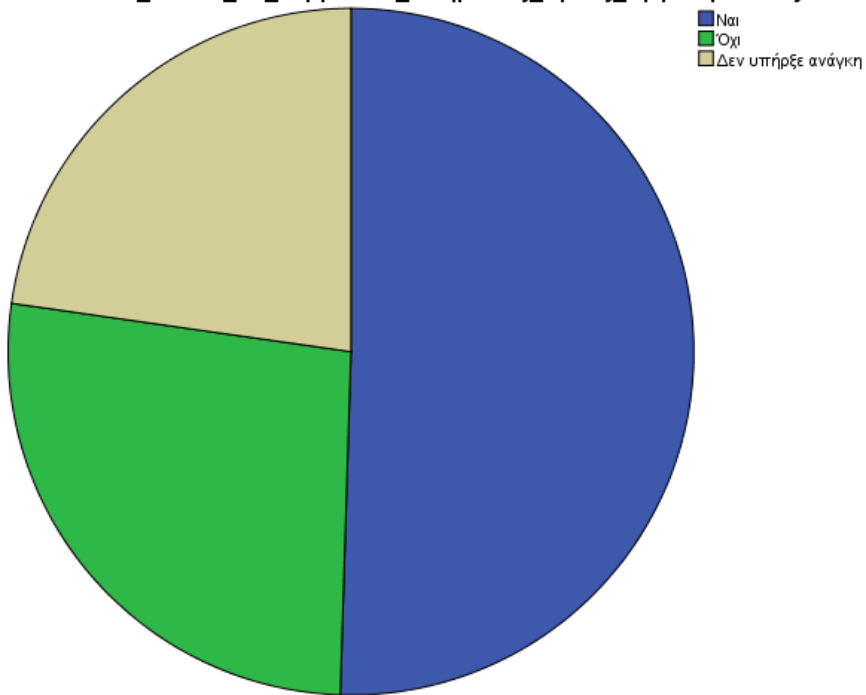
θα_θέλατε_να_λαμβάνετε_Υπηρεσίες_υγείας_Προστασίας_από_λοιμώξεις?



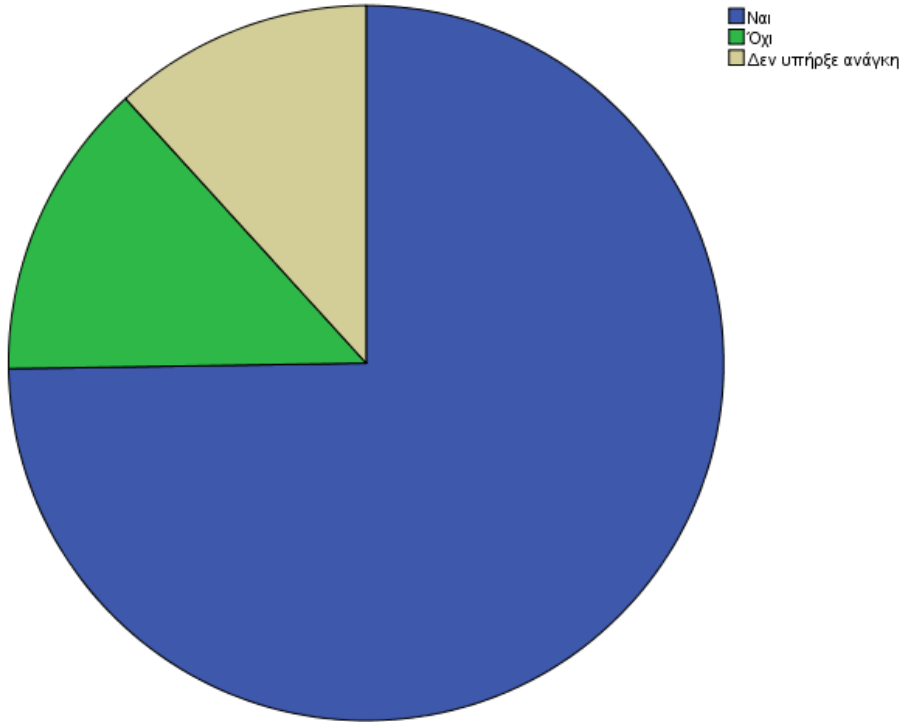
θα_θέλατε_να_λαμβάνετε_Υπηρεσίες_υγείας_Ποσηλευτικής_φροντίδας_για_χρόνιες_και_οξείες_περιπτώσεις_ασθενειών?



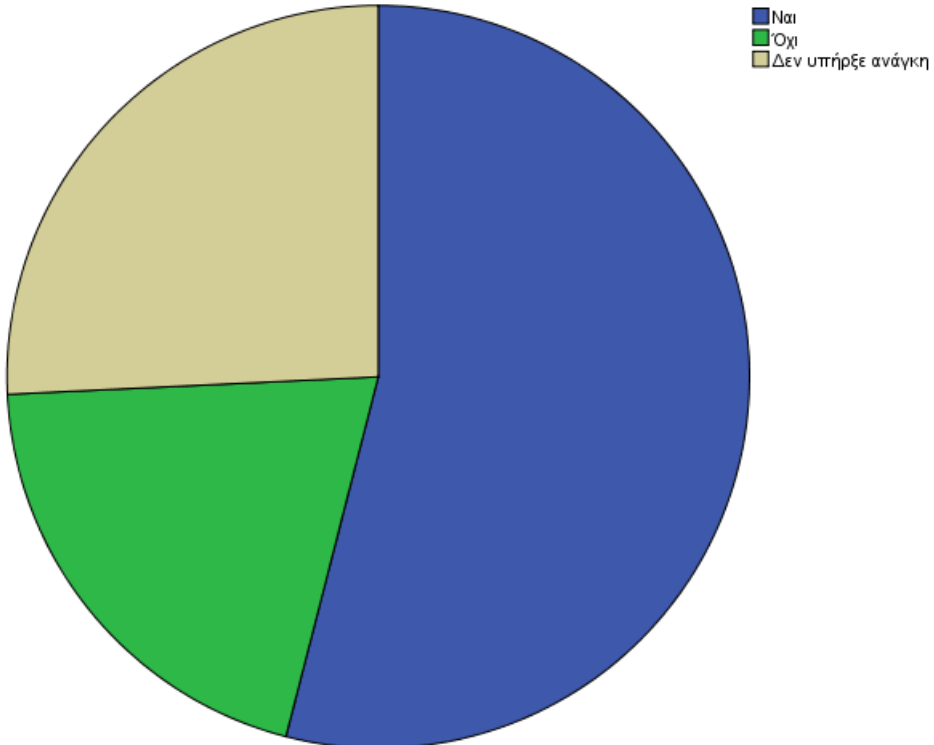
θα_θέλατε_να_λαμβάνετε_Υπηρεσίες_υγείας_Εργοθεραπείας?



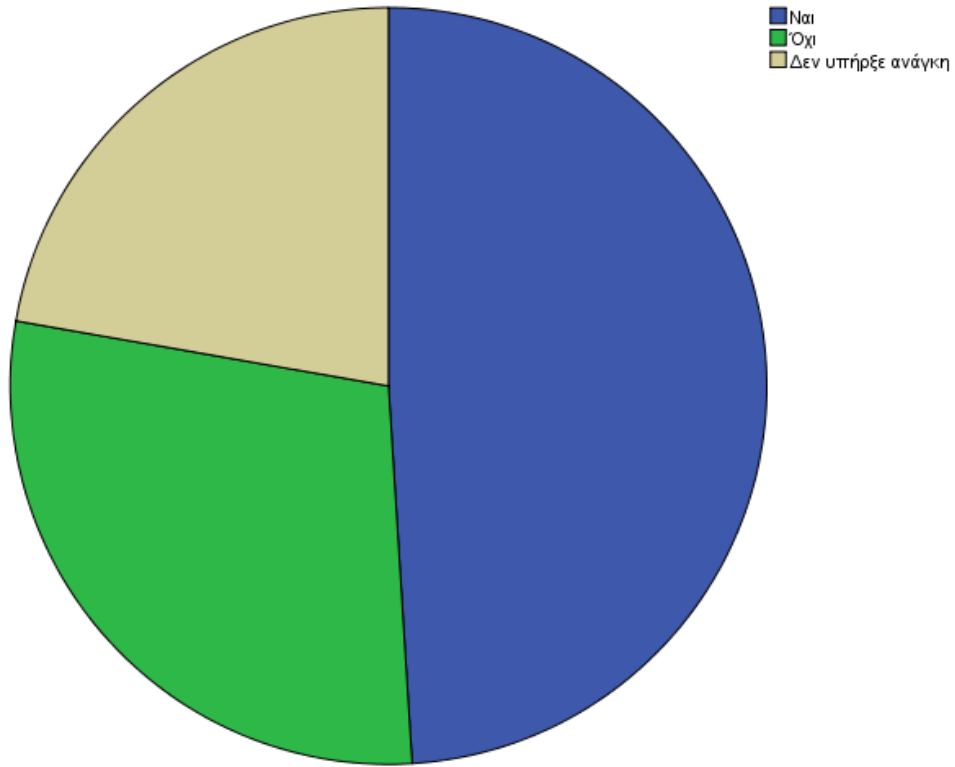
θα_θέλατε_να_λαμβάνετε_Υπηρεσίες_υγείας_Φυσιοθεραπείας?



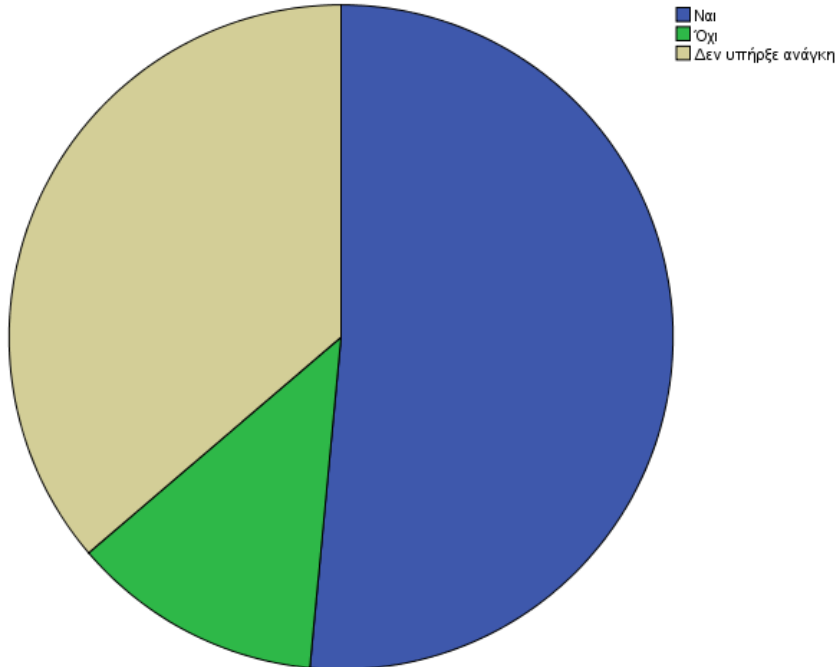
θα_θέλατε_να_λαμβάνετε_Υπηρεσίες_υγείας_Σχημάτων_ιατρικής_θεραπείας_στο_σπίτι?



θα θέλατε να λαμβάνετε Υπηρεσίες υγείας Φροντίδας σε ηλικιωμένους με επιπλοκές στην υγεία τους?

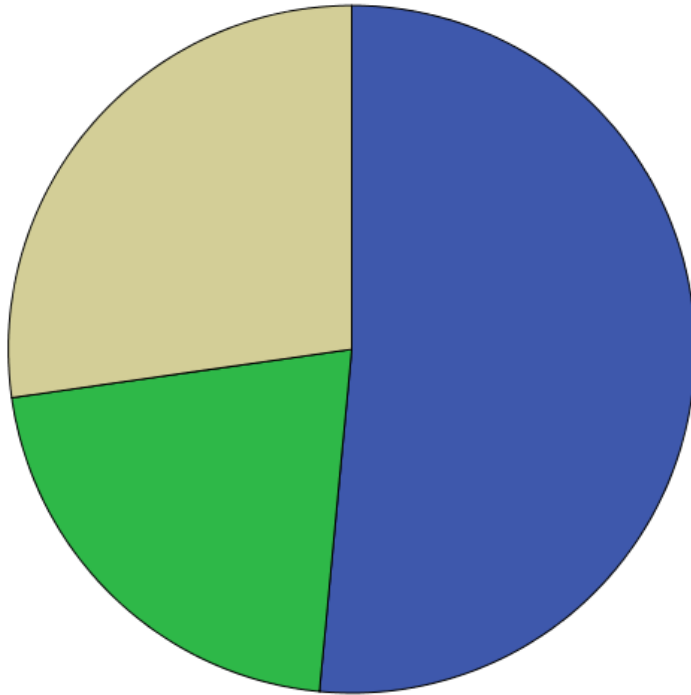


θα θέλατε να λαμβάνετε Υπηρεσίες υγείας Φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου?



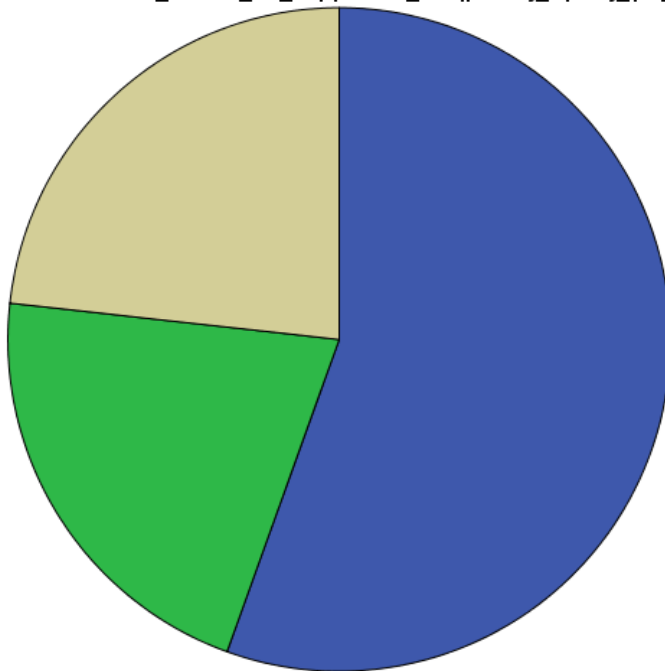
θα_θέλατε_να_λαμβάνετε_Υπηρεσίες_υγείας_Οικιακές_εργασίες?

- Ναι
- Όχι
- Δεν υπήρξε ανάγκη

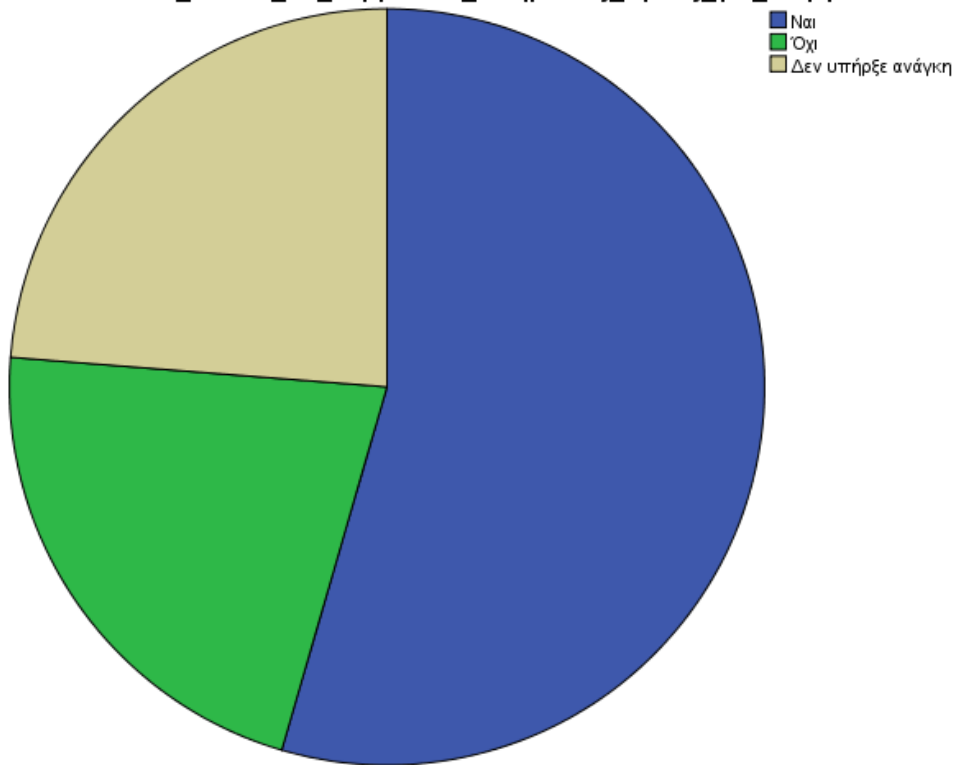


θα_θέλατε_να_λαμβάνετε_Υπηρεσίες_υγείας_για_Αγορές?

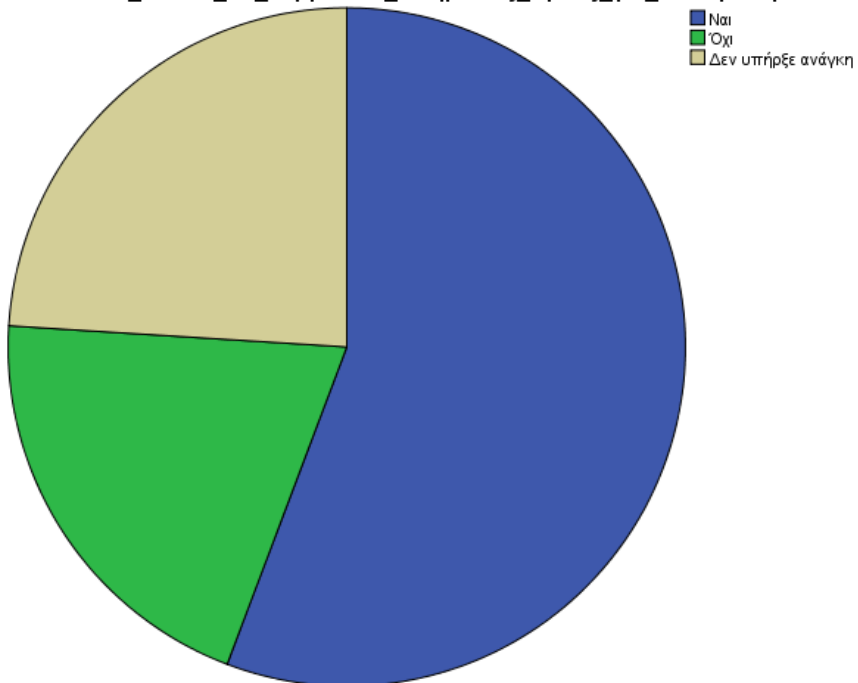
- Ναι
- Όχι
- Δεν υπήρξε ανάγκη



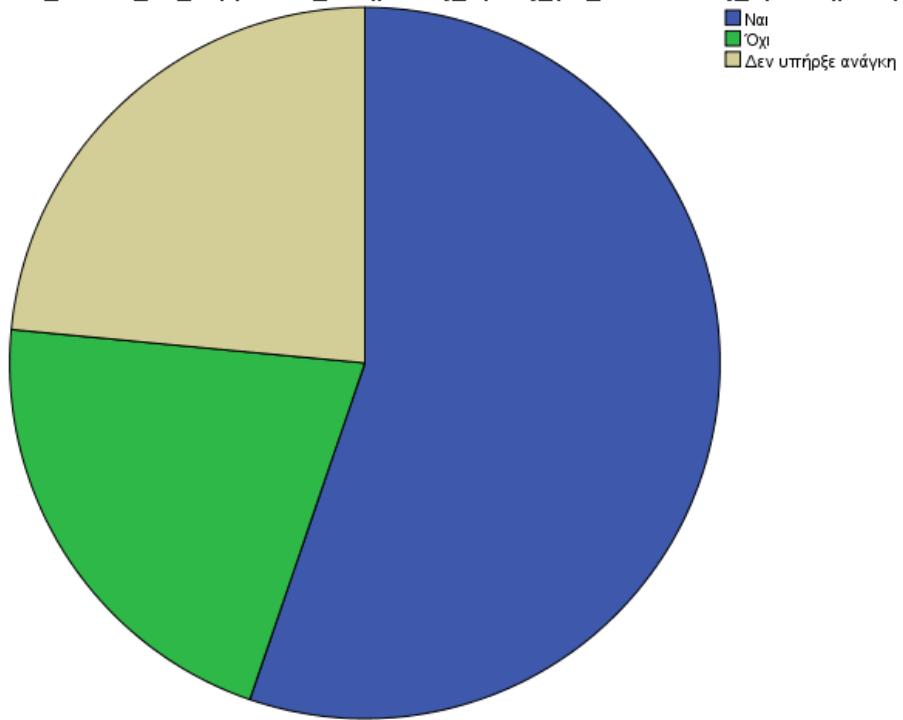
θα_θέλατε_να_λαμβάνετε_Υπηρεσίες_υγείας_για_Φαγητό?



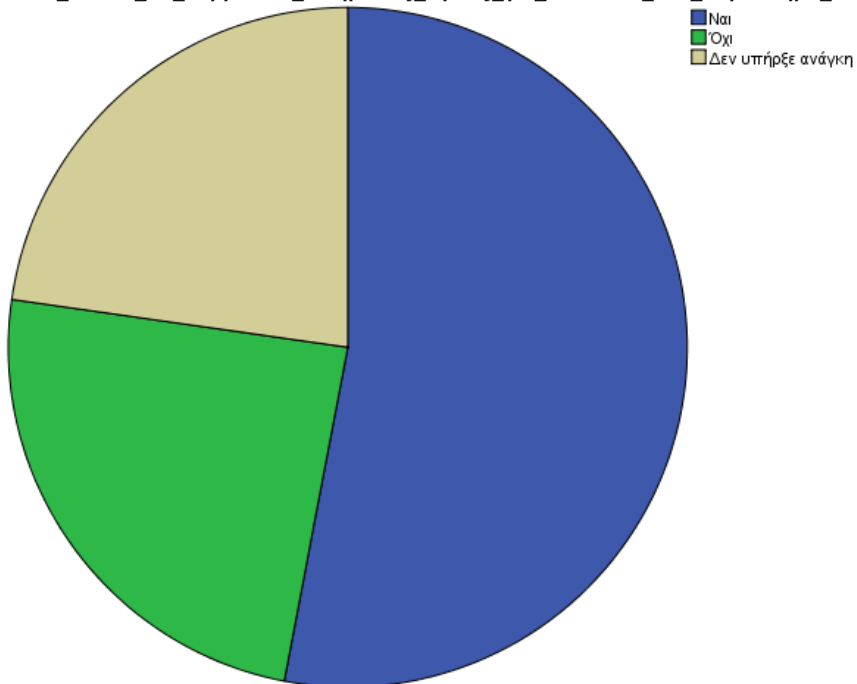
θα_θέλατε_να_λαμβάνετε_Υπηρεσίες_υγείας_για_Καθαριότητα?



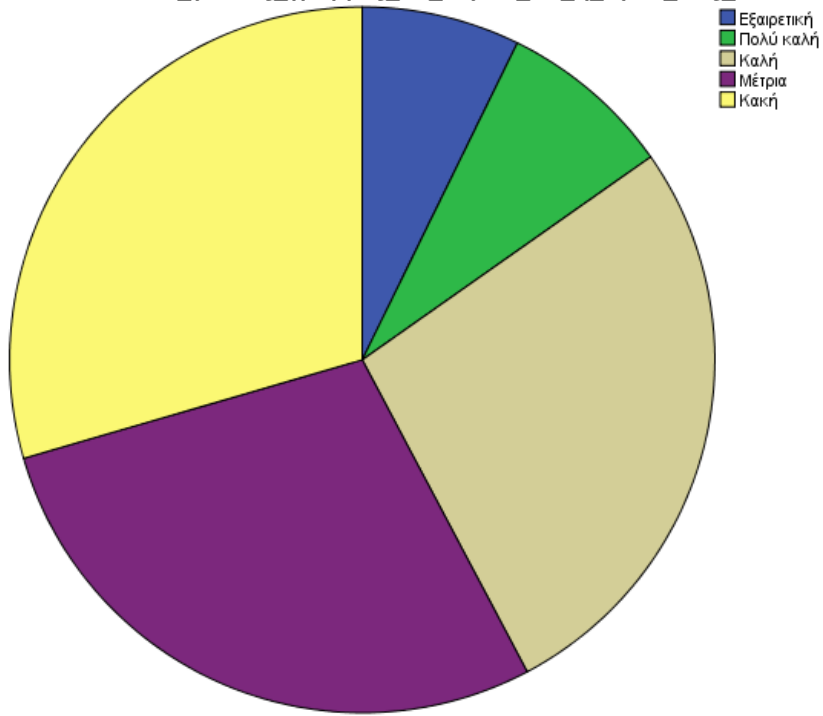
θα_θέλατε_να_λαμβάνετε_Υπηρεσίες_υγείας_για_Κοινωνικές_δραστηριότητες?



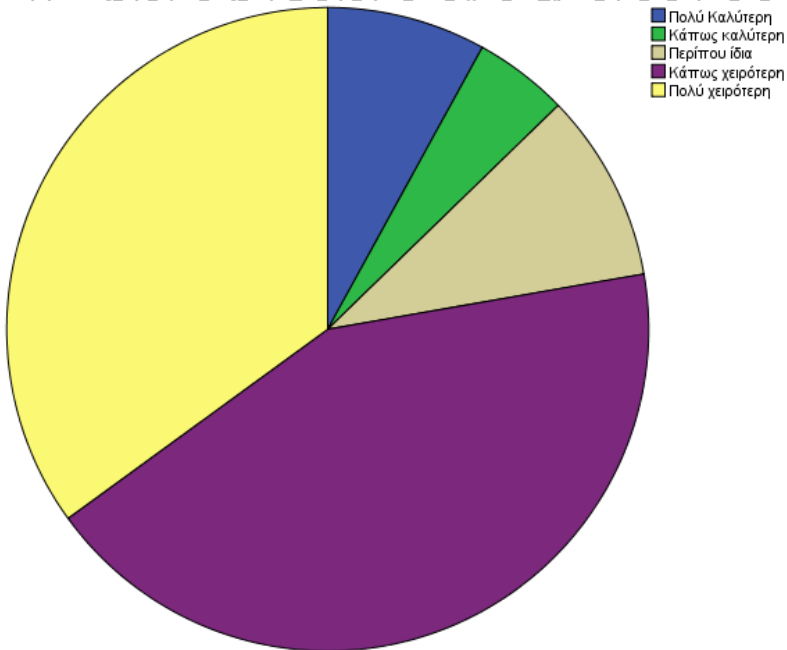
θα_θέλατε_να_λαμβάνετε_Υπηρεσίες_υγείας_για_Συνοδεία_στο_περπάτημα_κλπ?



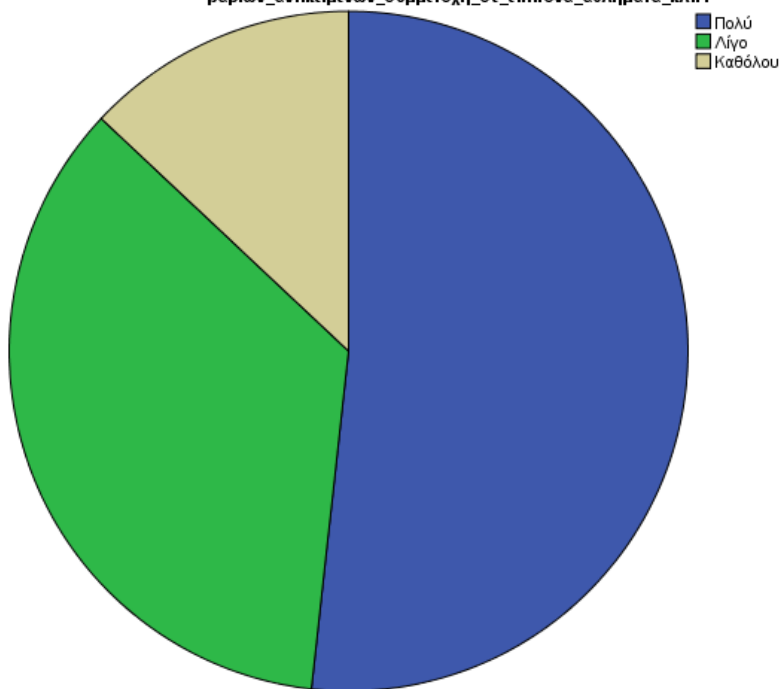
Σε γενικές γραμμές θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι?



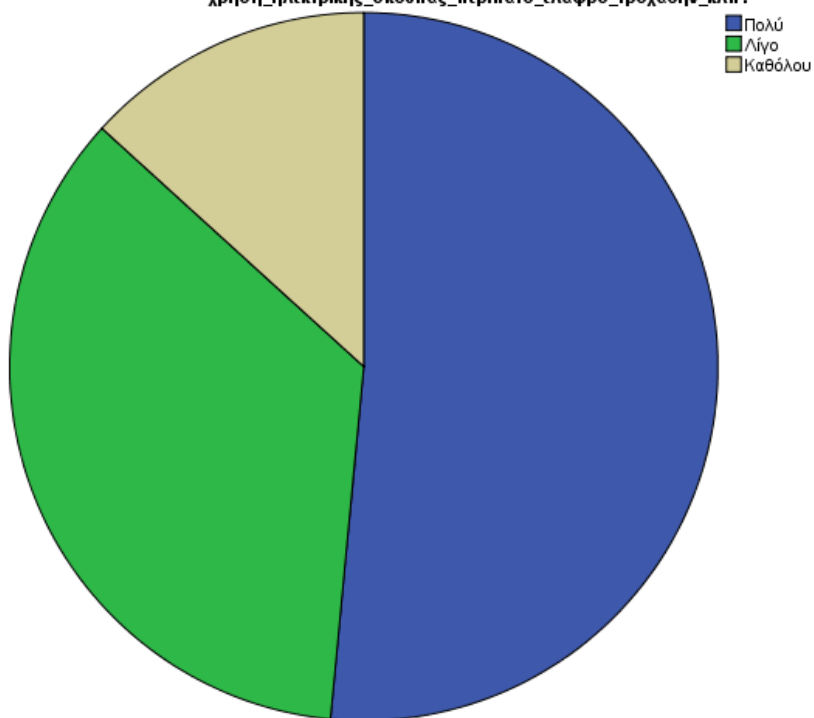
Συγκρίνοντας την υγεία σας τώρα με την υγεία που είχατε ένα χρόνο πριν θα λέγατε ότι τώρα είναι



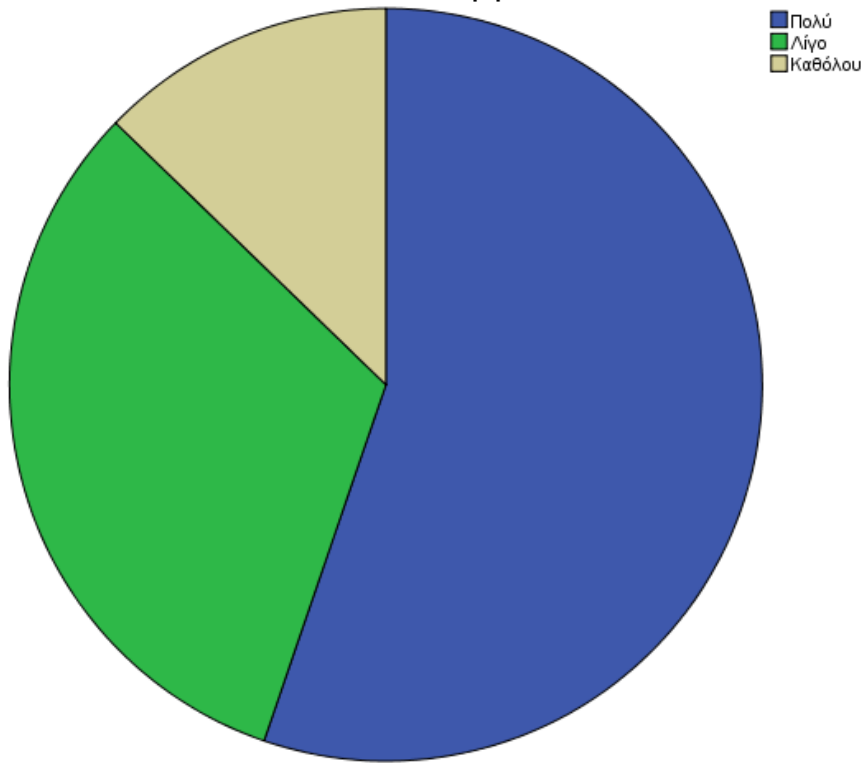
Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει να κάνετε έντονες σωματικές δραστηριότητες πχ τρέξιμο σήκωμα βαριών αντικειμένων συμμετοχή σε επίπονα αθλήματα κλπ?



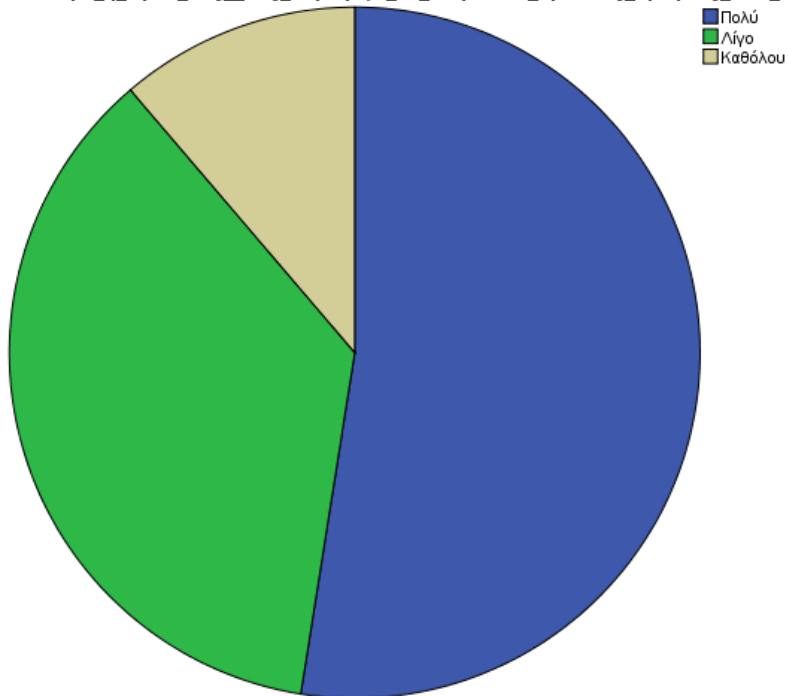
Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει να κάνετε μέτριες σωματικές δραστηριότητες πχ μετακίνηση τραπεζιού χρήση ηλεκτρικής σκούπας περίπατο ελαφρό τροχάδην κλπ?



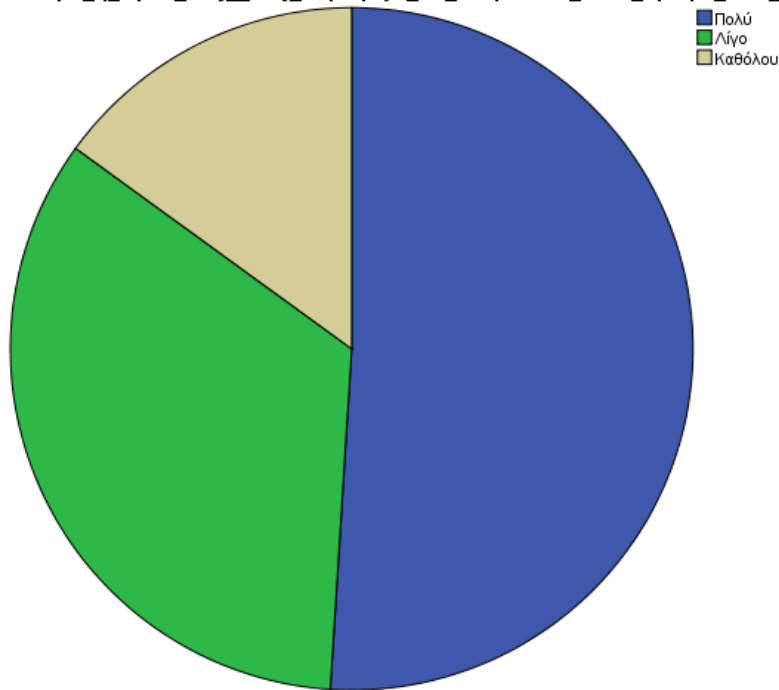
Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει να σηκώνετε ή να μεταφέρετε σακούλες με ψώνια από το σούπερ-μάρκετ?



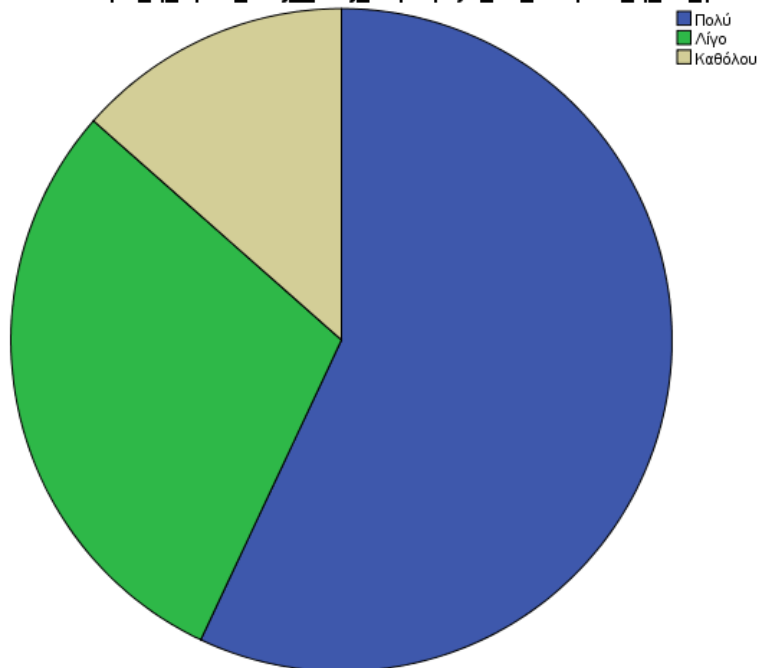
Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει να ανεβαίνετε αρκετούς ορόφους από τις σκάλες?



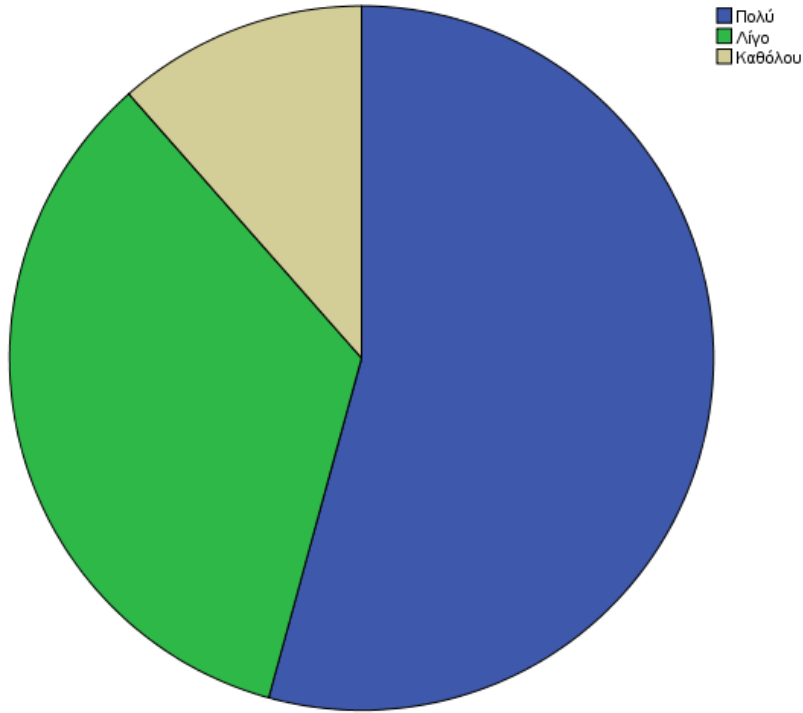
Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει να ανεβαίνετε έναν όροφο από τις σκάλες?



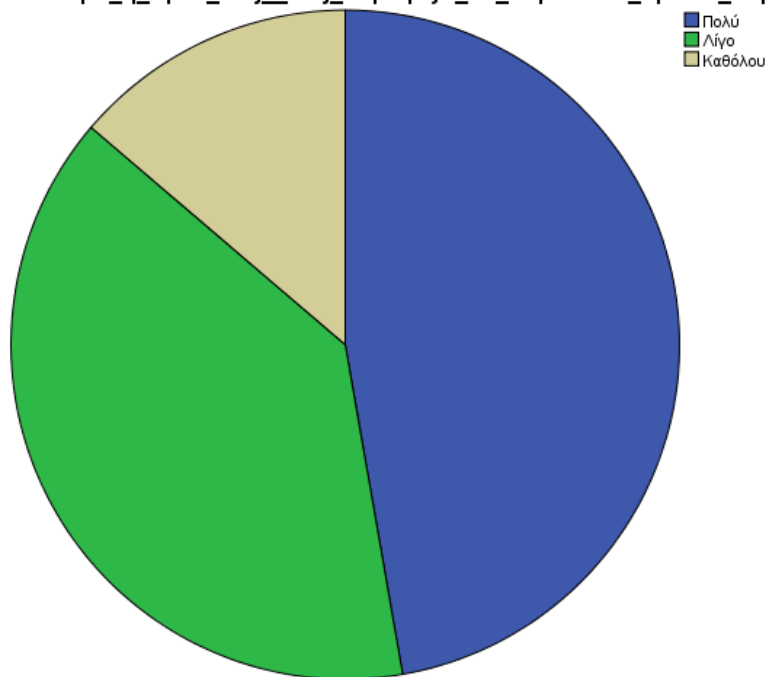
Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει να σκύβετε ή να γονατίζετε?



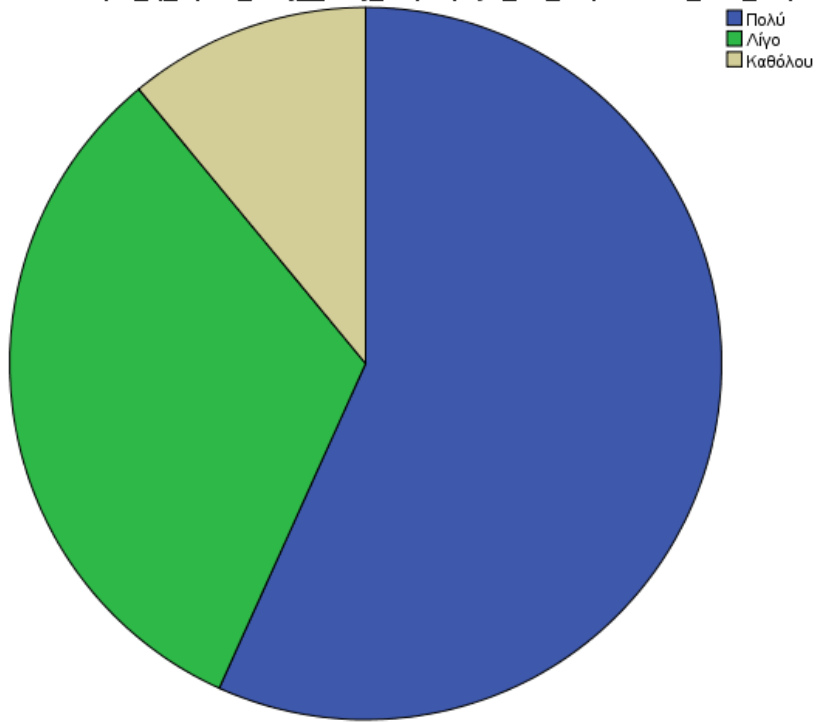
Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει να περπατάτε περισσότερο από ένα χιλιόμετρο?



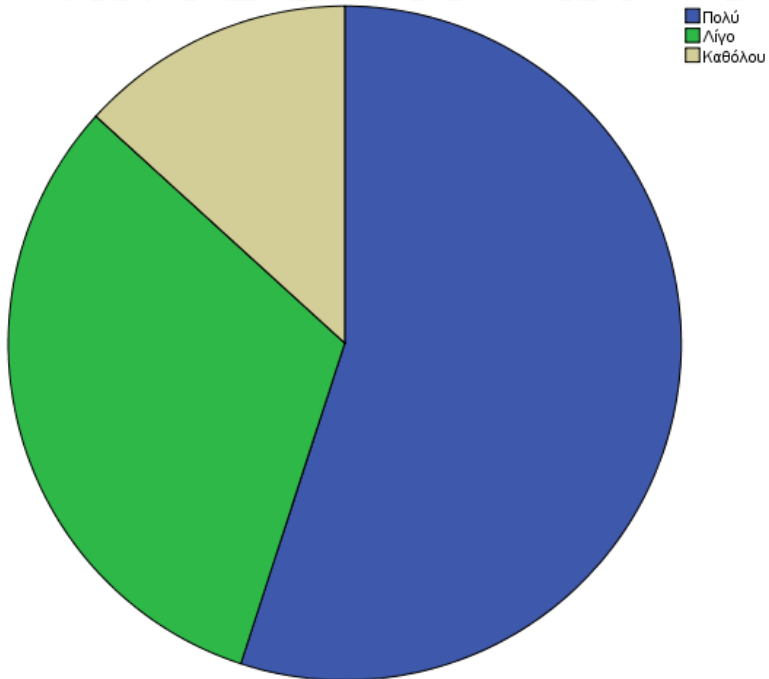
Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει να περπατάτε αρκετά τετράγωνα?



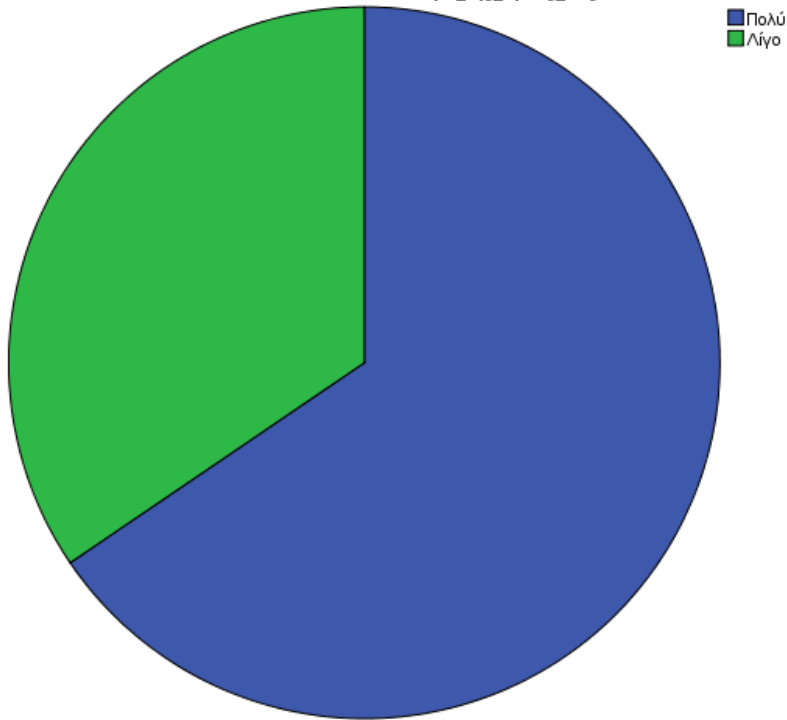
Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει να περπατάτε ένα τετράγωνο?



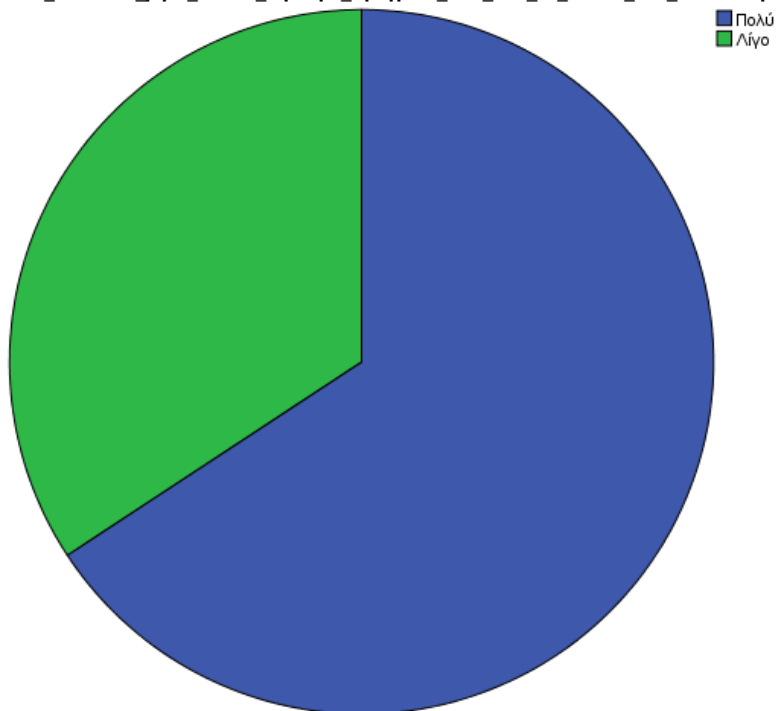
Τώρα η υγεία σας σας περιορίζει να πλένεσθε ή να ντύνεσθε μόνος/η σας?



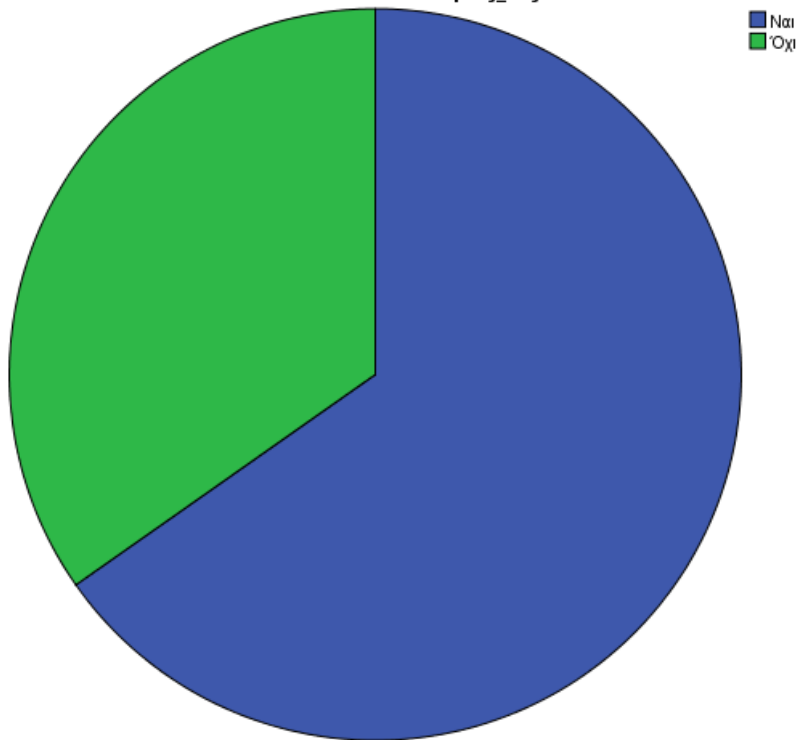
Τον τελευταίο μήνα μειώσατε το χρόνο που διαθέτετε για την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας σαν αποτέλεσμα της υγείας σας?



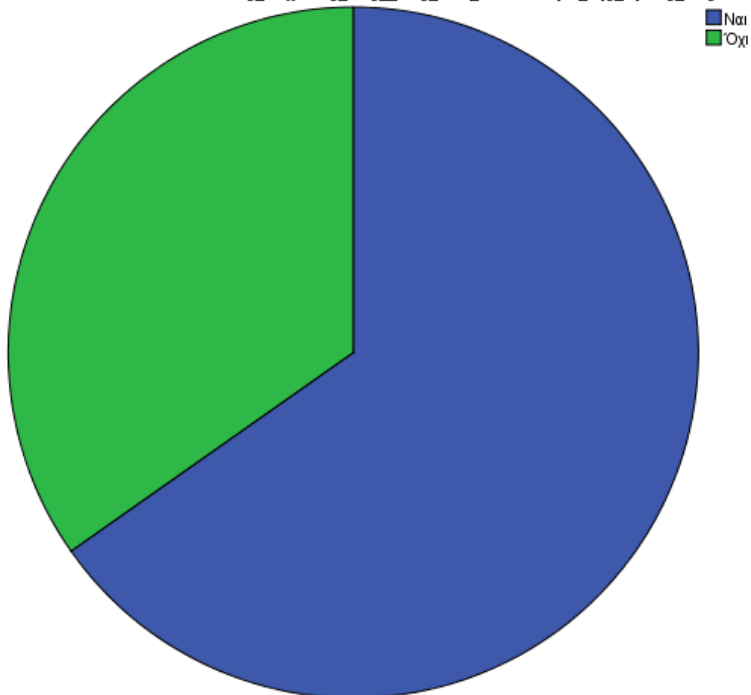
Τον τελευταίο μήνα κάνατε λιγότερα πράγματα από όσο θα θέλατε σαν αποτέλεσμα της υγείας σας?



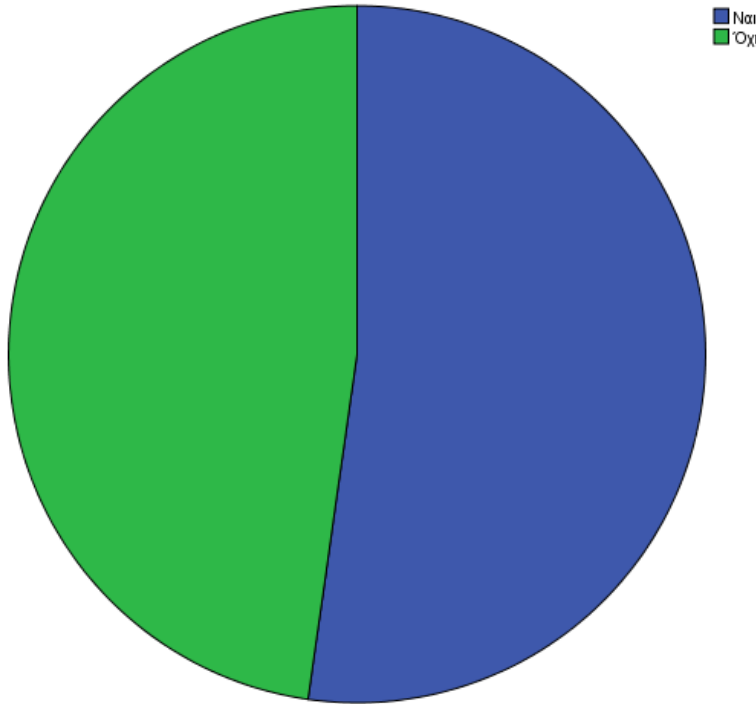
Τον τελευταίο μήνα περιορίσατε το είδος της εργασίας ή των άλλων ασχολιών σας σαν αποτέλεσμα της υγείας σας?



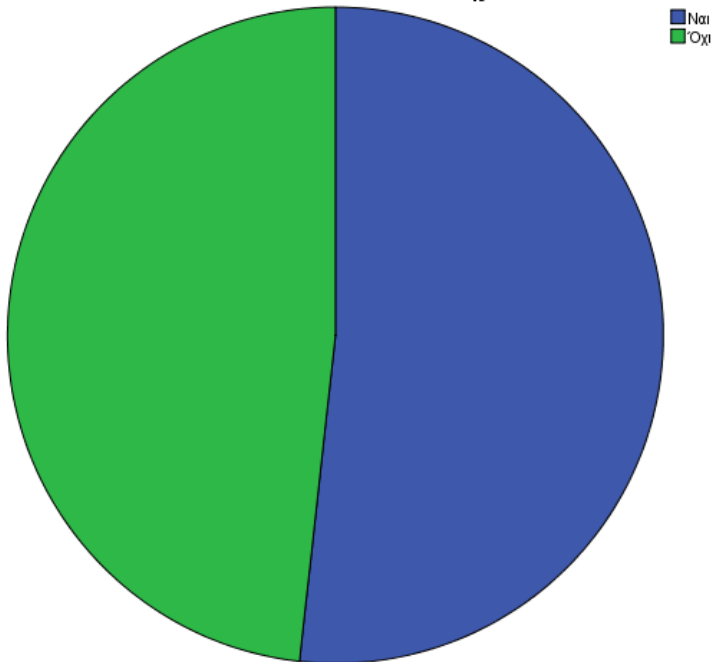
Τον τελευταίο μήνα χρειάστηκε να κάνετε μεγαλύτερη προσπάθεια για να εκτελέσετε την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας σαν αποτέλεσμα της υγείας σας?



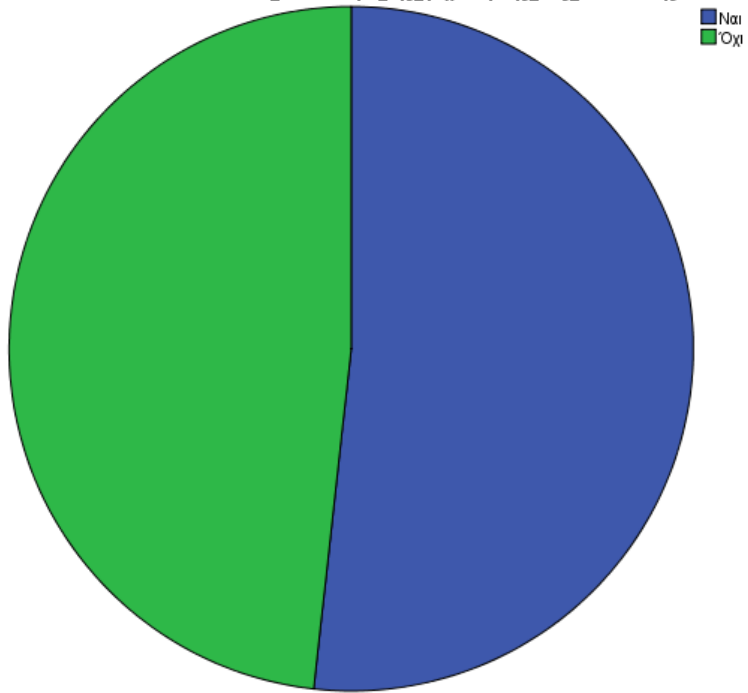
Τον τελευταίο μήνα μειώσατε το χρόνο που διαθέτατε για την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας σαν αποτέλεσμα της ψυχολογικής σας κατάστασης?



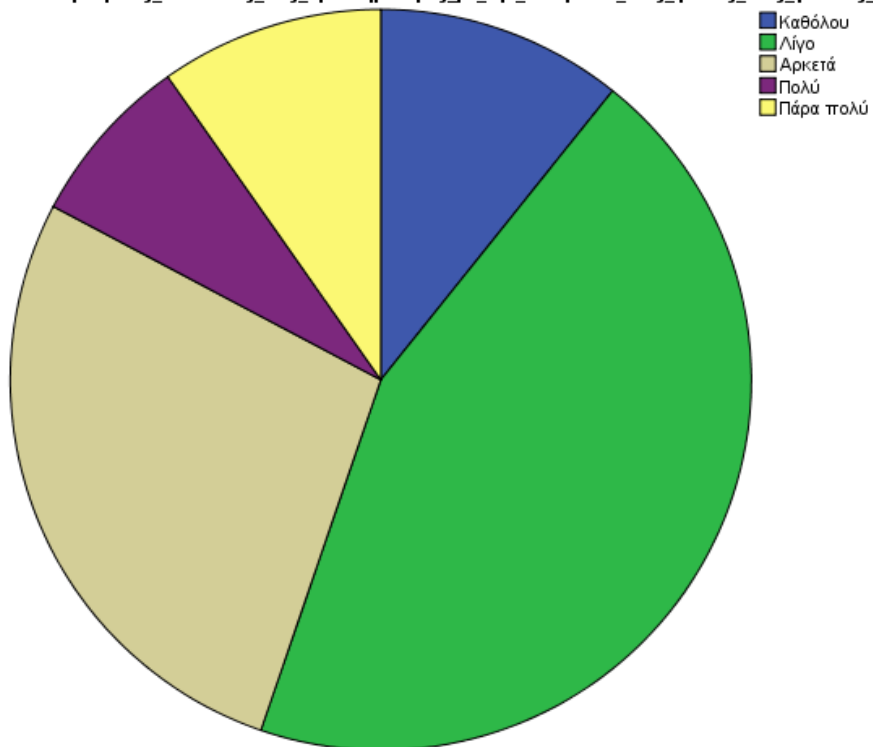
Τον τελευταίο μήνα κάνατε λιγότερα πράγματα από όσο θα θέλατε σαν αποτέλεσμα της ψυχολογικής σας κατάστασης?



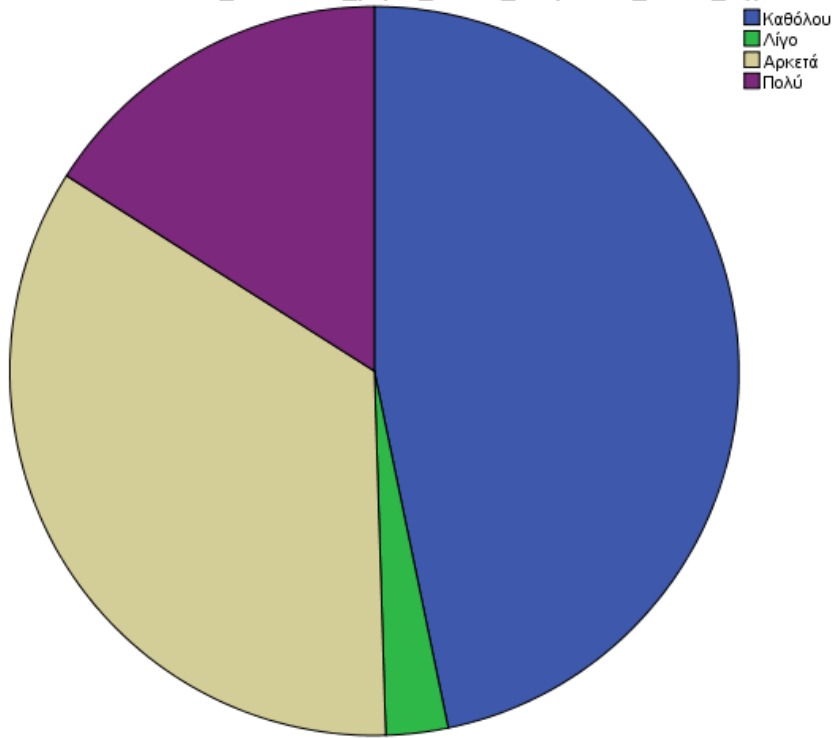
Τον τελευταίο μήνα δεν κάνατε την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας τόσο προσεκτικά όπως συνήθως, σαν αποτέλεσμα της ψυχολογικής σας κατάστασης?



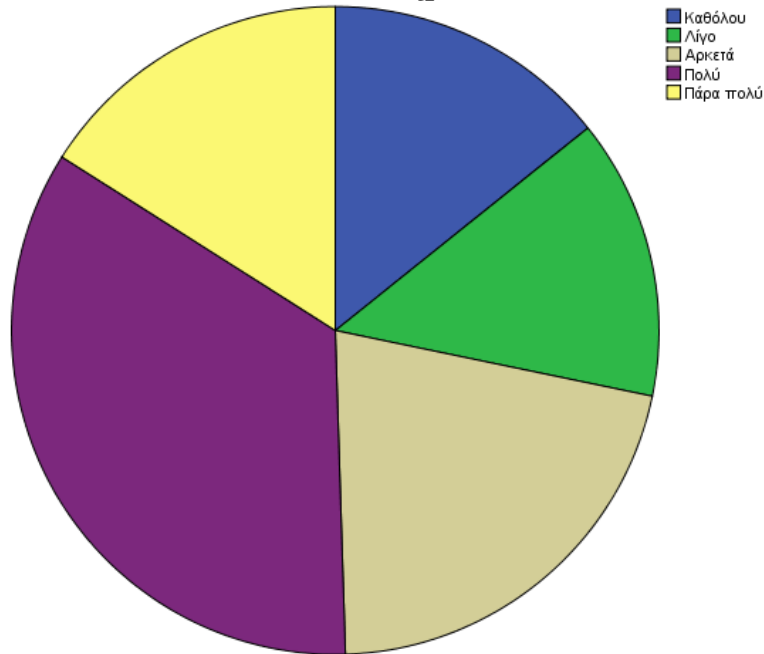
Τον τελευταίο μήνα σε ποιο βαθμό η υγεία σας ή η ψυχολογική σας κατάσταση επηρέασαν τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονες ή άλλους?



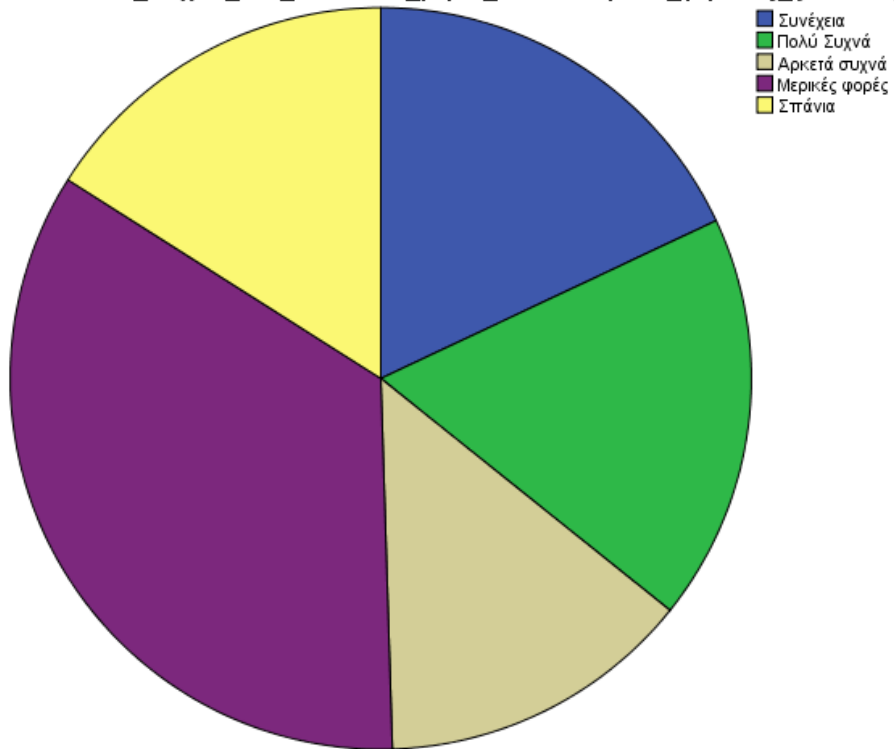
Τον_τελευταίο_μήνα_πόσο_σωματικό_πόνο_είχατε?



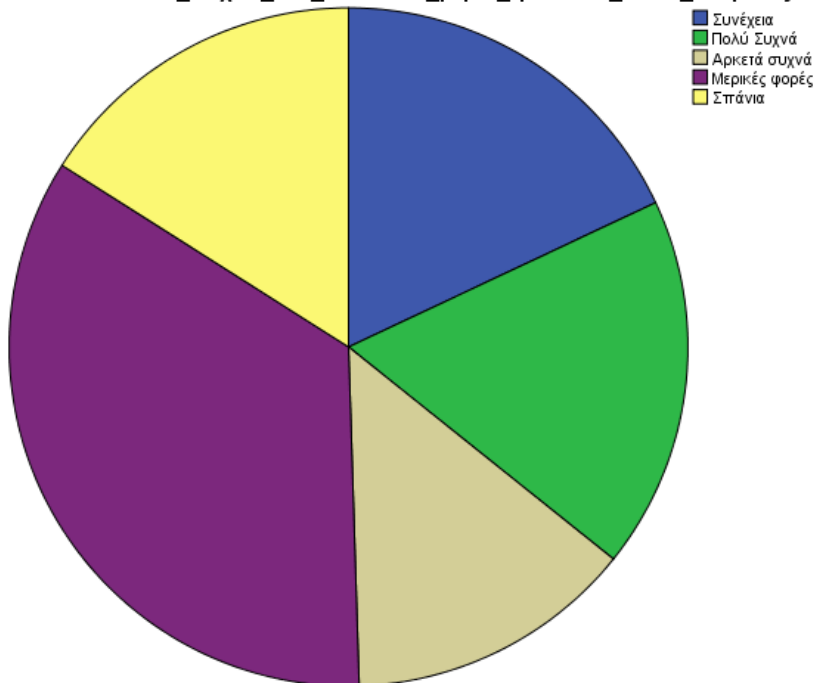
Τον_τελευταίο_μήνα_κατά_πόσο_ο_σωματικός_σας_πόνος_επηρέασε_τη_συνηθισμένη_εργασία_σας_εντός_και_εκτός_σπιτιού?



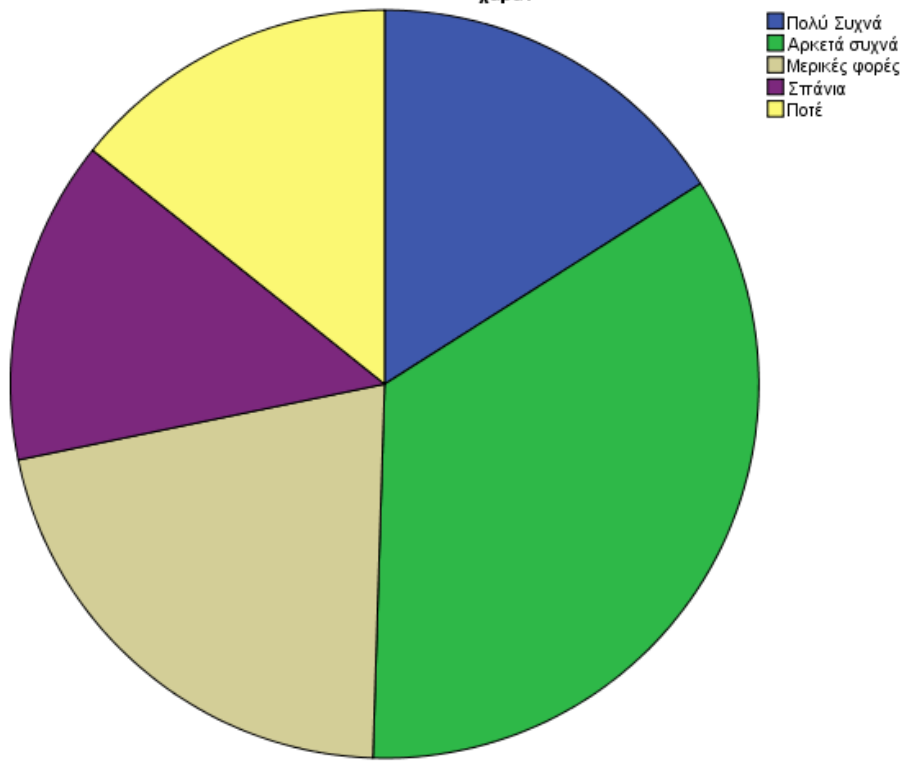
Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα αισθανθήκατε γεμάτος ζωτικότητα?



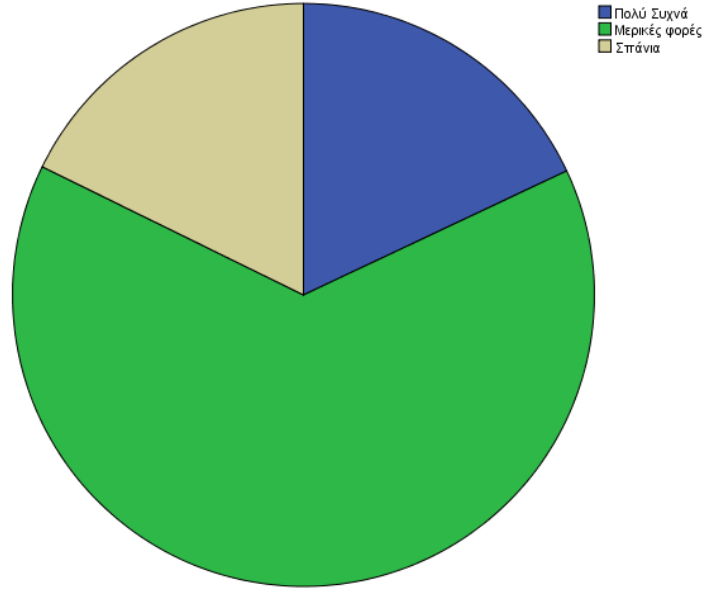
Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα ήσασταν πολύ νευρικός?



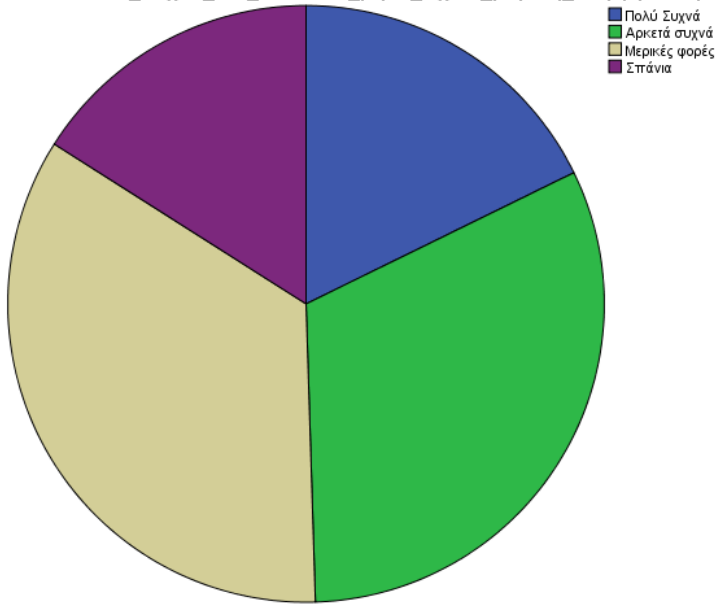
Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα αισθανθήκατε τόσο άσχημα που τίποτα δεν μπορούσε να σας δώσει λίγη χαρά?



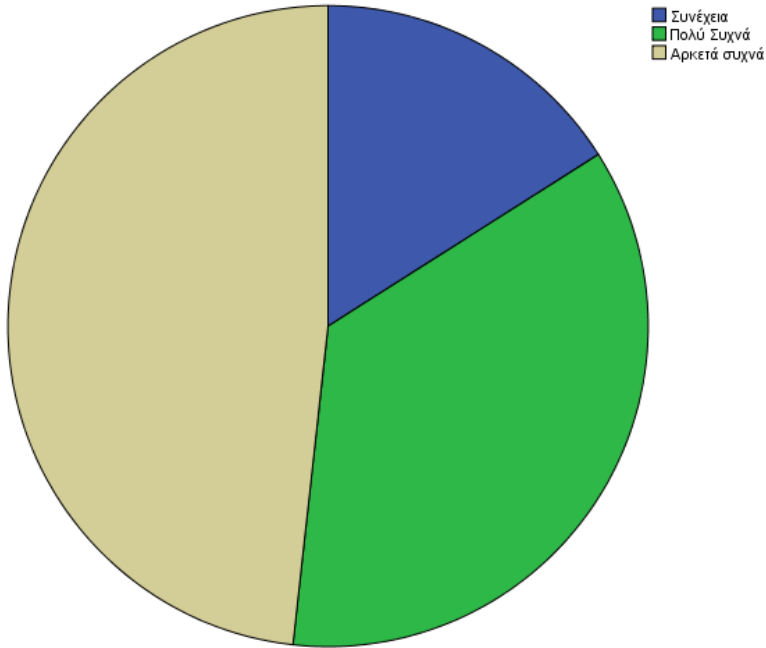
Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα αισθανθήκατε ήρεμα και γαλήνια?



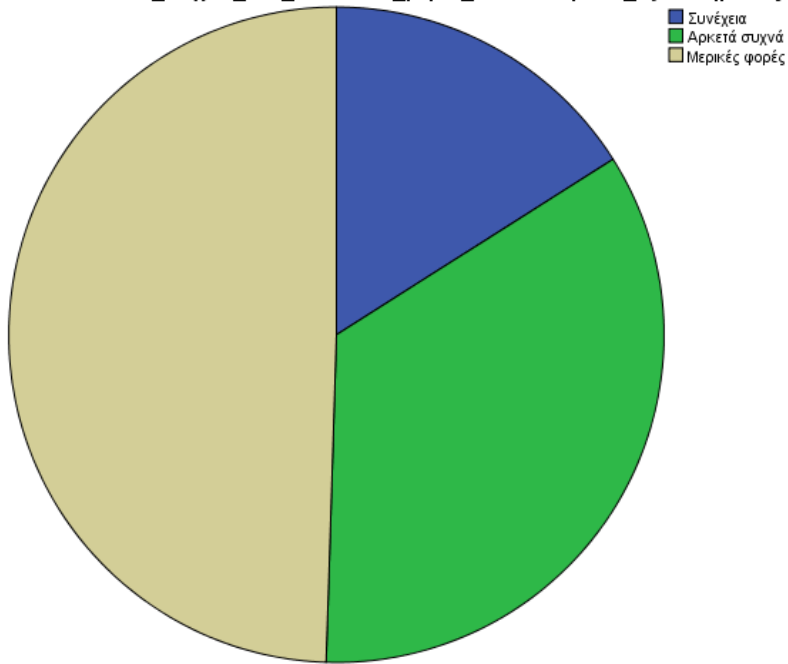
Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα είχατε μεγάλη ενεργητικότητα?



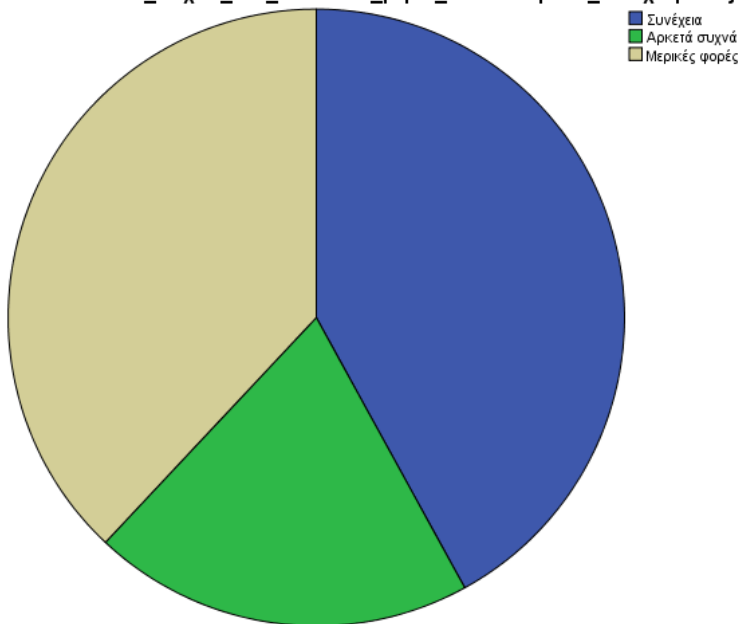
Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα αισθανθήκατε απογοητευμένος και μελαγχολικός?



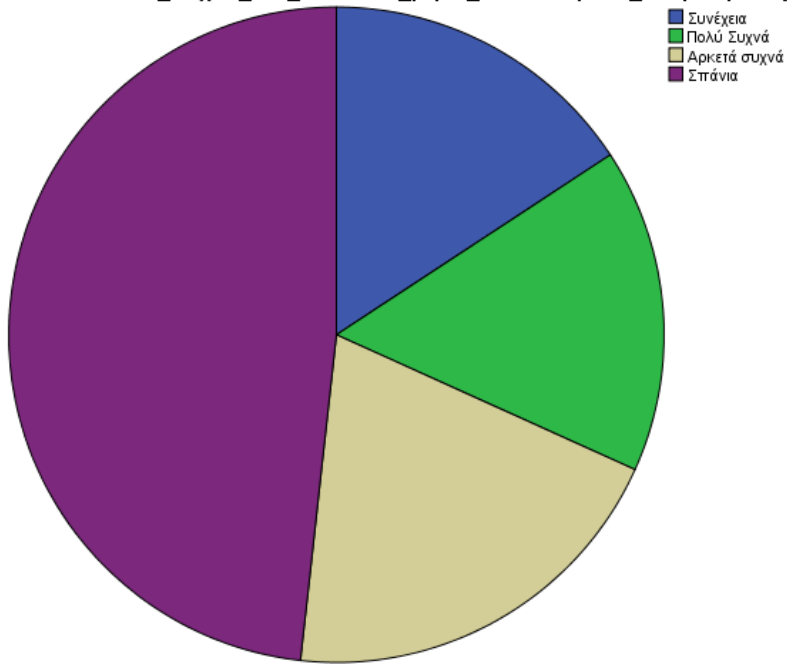
Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα αισθανθήκατε εξαντλημένος?



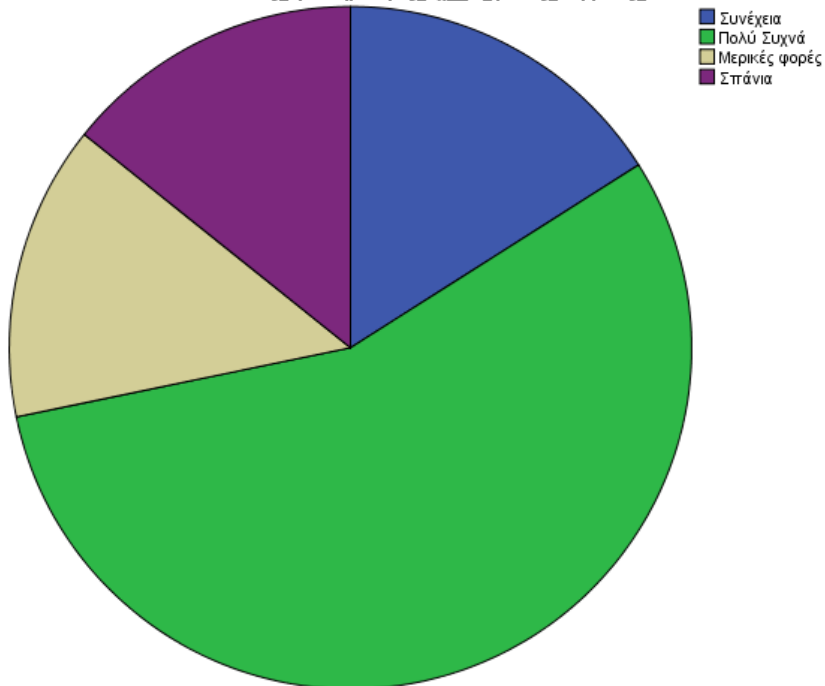
Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα αισθανθήκατε ευτυχισμένος?



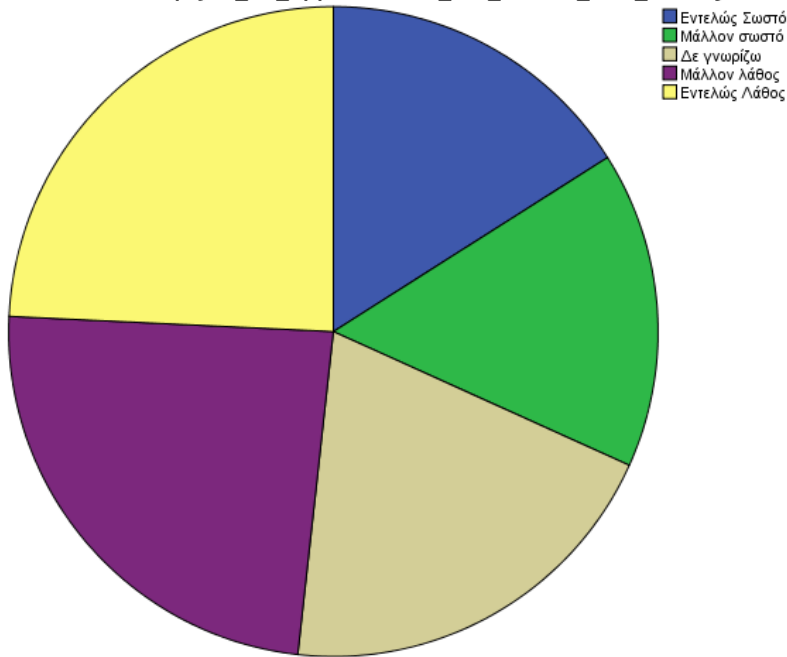
Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα αισθανθήκατε κουρασμένος



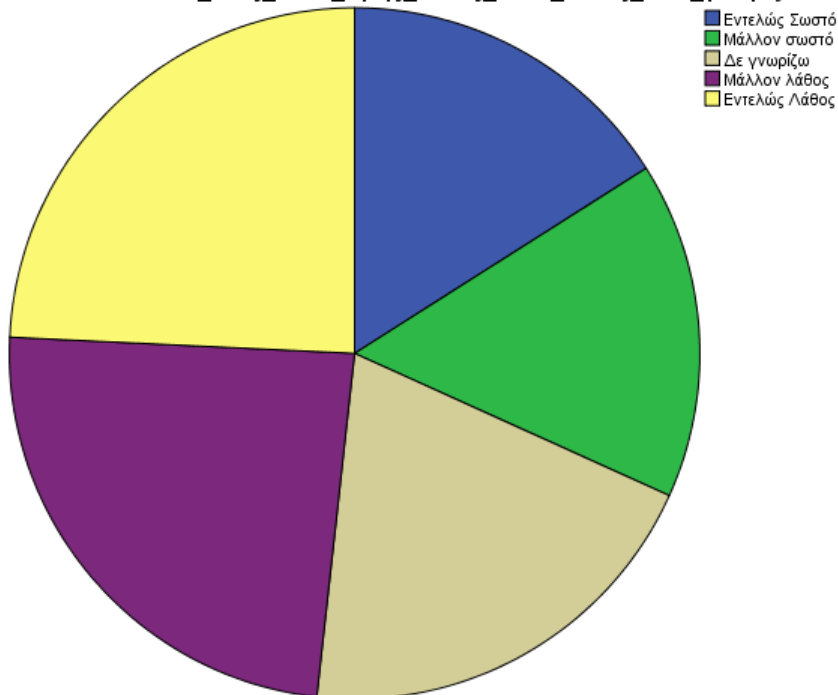
Τον τελευταίο μήνα πόσο συχνά η υγεία σας ή η ψυχολογική σας κατάσταση επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες πχ με φίλους συγγενείς κλπ



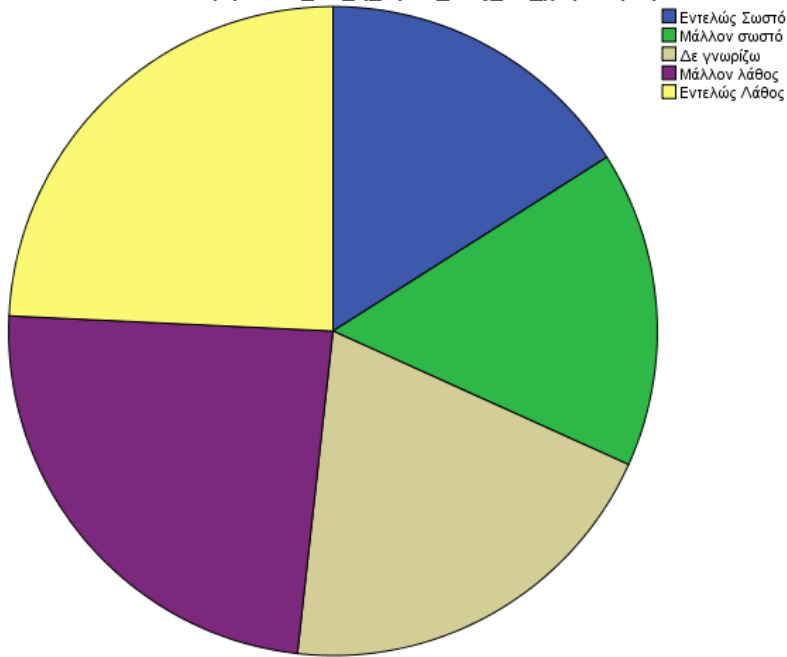
Νομίζετε_ότι_αρρωσταίνετε_πιο_εύκολα_από_άλλους?



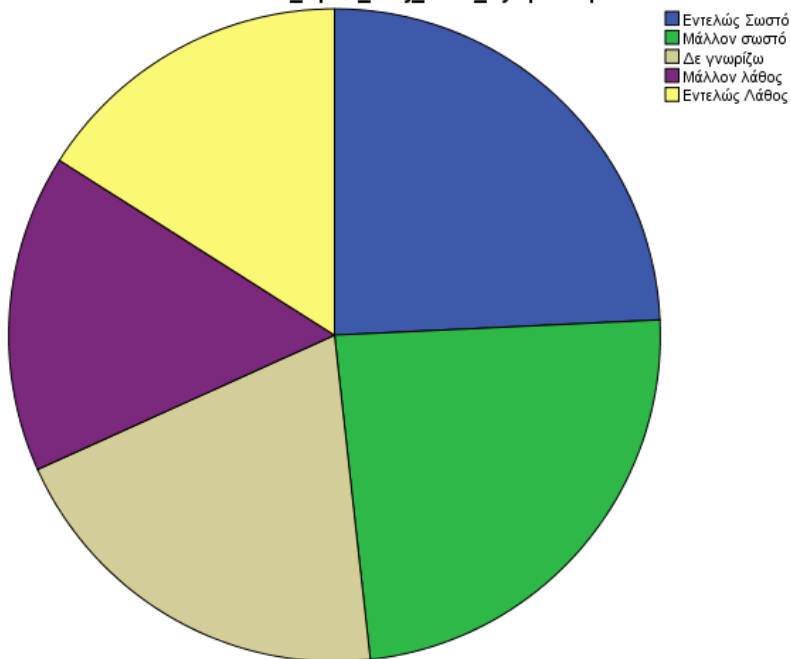
Νιώθετε_πως_είστε_υγιής_όπως_κάθε_άλλος_που_γνωρίζετε?



Περιμένετε_ότι_η_υγεία_σας_θα_χειροτερέψει?



Η_υγεία_σας_είναι_εξαιρετική?



Παράρτημα 2

Ερωτηματολόγιο 1

1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

| | | |
|--|---------------|--------------------|
| Φύλο: Άνδρας <input type="checkbox"/> Γυναίκα <input type="checkbox"/> Ελληνική <input type="checkbox"/> Άλλη <input type="checkbox"/> | Ηλικία | Υπηκοότητα: |
| Τη στιγμή αυτή ζείτε: Μόνος/η <input type="checkbox"/> Με σύζυγο/σύντροφο <input type="checkbox"/> Με σύμφωνο συμβίωσης <input type="checkbox"/> Παντρεμένος/η <input type="checkbox"/> Με γονείς <input type="checkbox"/> | | |
| Αριθμός παιδιών: | | |
| Εκπαίδευση: Υποχρεωτική <input type="checkbox"/> Λύκειο <input type="checkbox"/> ΤΕΙ, Πανεπιστήμιο <input type="checkbox"/> Μεταπτυχιακό δίπλωμα <input type="checkbox"/> | | |
| Επάγγελμα: Δημόσιος Υπάλληλος <input type="checkbox"/> Ιδιωτικός Υπάλληλος <input type="checkbox"/> Ελεύθερος Επαγγελματίας <input type="checkbox"/> Άνεργος <input type="checkbox"/> Οικιακά <input type="checkbox"/> Συνταξιούχος <input type="checkbox"/> Φοιτητής/ Φαντάρος <input type="checkbox"/> | | |
| Μηνιαίο (καθαρό) εισόδημα του νοικοκυριού σας: 0 € <input type="checkbox"/> έως 500€ <input type="checkbox"/> 501 -1000€ <input type="checkbox"/> 1001-1500€ <input type="checkbox"/> 1501-2000€ <input type="checkbox"/> 2001-2500€ <input type="checkbox"/> 2501-3000€ <input type="checkbox"/> +3001€ <input type="checkbox"/> | | |
| Έχετε ιδιωτική ασφάλιση; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> | | |
| Σε ποιο δήμο μένετε; | | |

2. ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

| |
|---|
| Πώς θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας σήμερα; Πολύ καλή <input type="checkbox"/> Καλή <input type="checkbox"/> Μέτρια <input type="checkbox"/> Κακή <input type="checkbox"/> Πολύ κακή <input type="checkbox"/> |
| Έχετε κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας ή χρόνια πάθηση; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> |
| Έχετε περιορισμός στις καθημερινές δραστηριότητες λόγω προβλήματος υγείας; Ναι, πάρα πολύ <input type="checkbox"/> Ναι, αλλά όχι πάρα πολύ <input type="checkbox"/> Όχι, καθόλου <input type="checkbox"/> |
| Πώς θα χαρακτηρίζατε την στοματική σας υγεία σήμερα; Πολύ καλή <input type="checkbox"/> Καλή <input type="checkbox"/> Μέτρια <input type="checkbox"/> Κακή <input type="checkbox"/> Πολύ κακή <input type="checkbox"/> |
| Πώς θα περιγράφατε την κατάσταση των δοντιών και των ούλων σας; Πολύ καλή <input type="checkbox"/> Καλή <input type="checkbox"/> Μέτρια <input type="checkbox"/> Κακή <input type="checkbox"/> Πολύ κακή <input type="checkbox"/> |

3. ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 2 εβδομάδων, λάβατε φάρμακα που σας χορηγήθηκαν με γραπτή συνταγή ιατρού;

Ναι Όχι

4. ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

| |
|--|
| <p>Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, κάνατε εισαγωγή σε νοσοκομείο / κλινική, ως ασθενής, για μία νύχτα ή περισσότερο;</p> <p>Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/></p> |
| <p>Εάν ΝΑΙ, πόσες ημέρες συνολικά το έτος</p> |
| <p>Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, κάνατε εισαγωγή σε νοσοκομείο / κλινική για ημερήσια νοσηλεία, δηλαδή για ορισμένες μόνο ώρες και εξήλθατε την ίδια ημέρα;</p> <p>Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/></p> |
| <p>Πότε ήταν η τελευταία φορά που επισκεφτήκατε οδοντίατρο / ορθοδοντικό για δικό σας πρόβλημα υγείας;</p> <p>Κατά τους τελευταίους 6 μήνες <input type="checkbox"/> Από 6 έως 12 μήνες πριν <input type="checkbox"/> Έναν χρόνο πριν ή περισσότερο <input type="checkbox"/> Ποτέ <input type="checkbox"/></p> |
| <p>Πότε ήταν η τελευταία φορά που επισκεφτήκατε ή συμβουλευτήκατε ιατρό γενικής ιατρικής, παθολόγο ή τον οικογενειακό σας ιατρό για δικό σας πρόβλημα υγείας;</p> <p>Κατά τους τελευταίους 6 μήνες <input type="checkbox"/> Από 6 έως 12 μήνες πριν <input type="checkbox"/> Έναν χρόνο πριν ή περισσότερο <input type="checkbox"/> Ποτέ <input type="checkbox"/></p> |
| <p>Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων, πόσες φορές επισκεφτήκατε ή συμβουλευτήκατε ιατρό γενικής ιατρικής, παθολόγο ή τον οικογενειακό σας ιατρό, για δικό σας πρόβλημα υγείας;</p> <p>Αριθμός επισκέψεων / συμβουλών</p> |
| <p>Για να λάβετε υπηρεσίες υγείας επιλέγετε συνήθως;</p> <p>Ιδιωτικό ιατρείο <input type="checkbox"/> Εξωτερικά ιατρεία Νοσοκομείου <input type="checkbox"/> Κέντρο Υγείας <input type="checkbox"/> Δημοτικό ιατρείο <input type="checkbox"/></p> |
| <p>Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, επισκεφτήκατε φυσικοθεραπευτή/τρια, κινησιοθεραπευτή/τρια, χειροπράκτη/τρια ή οστεοπαθητικό, για δικό σας πρόβλημα υγείας;</p> <p>Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/></p> |
| <p>Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, επισκεφτήκατε ψυχολόγο, ψυχίατρο ή ψυχοθεραπευτή/τρια, για δικό σας πρόβλημα υγείας;</p> <p>Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/></p> |
| <p>Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, χρησιμοποιήσατε οποιαδήποτε υπηρεσία φροντίδας (νοσηλευτική ή άλλη) κατ' οίκον για δικό σας πρόβλημα υγείας;</p> <p>Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/></p> |

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, πραγματοποιήσατε προληπτικές εξετάσεις;

Ναι Όχι

Εάν ΝΑΙ, πόσες φορές το έτος;

5. ΑΝΑΓΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΚΑΛΥΦΘΗΚΑΝ

Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, καθυστερήσατε να λάβετε αναγκαία ιατρονοσηλευτική φροντίδα ή δεν τη λάβατε καθόλου, για κάποιον από τους παρακάτω λόγους;

| Λόγοι καθυστέρησης ή μη λήψης | Ναι, καθυστέρησα | Ναι, δεν έλαβα καθόλου | Όχι | Δεν υπήρξε ανάγκη |
|---|------------------|------------------------|-----|-------------------|
| Μεγάλος χρόνος αναμονής | | | | |
| Μεγάλη απόσταση ή προβλήματα στη μετακίνηση. | | | | |
| Έλλειψη ή μη διαθεσιμότητα της σχετικής υπηρεσίας | | | | |
| Οικονομική επιβάρυνση | | | | |

Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, καθυστερήσατε να λάβετε αναγκαία οδοντιατρική φροντίδα ή δεν τη λάβατε καθόλου, για κάποιον από τους παρακάτω λόγους;

| Λόγοι καθυστέρησης ή μη λήψης | Ναι, καθυστέρησα | Ναι, δεν έλαβα καθόλου | Όχι | Δεν υπήρξε ανάγκη |
|---|------------------|------------------------|-----|-------------------|
| Μεγάλος χρόνος αναμονής | | | | |
| Μεγάλη απόσταση ή προβλήματα στη μετακίνηση. | | | | |
| Έλλειψη ή μη διαθεσιμότητα της σχετικής υπηρεσίας | | | | |
| Οικονομική επιβάρυνση | | | | |

Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε περίπτωση που χρειαστήκατε κάποια/ες από τις παρακάτω υπηρεσίες υγείας, αλλά δεν είχατε τη δυνατότητα να ανταποκριθείτε οικονομικά;

| Υπηρεσίες υγείας | Ναι | Όχι | Δεν υπήρξε ανάγκη |
|-----------------------------|-----|-----|-------------------|
| Ιατρική φροντίδα ή θεραπεία | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Οδοντιατρική φροντίδα ή θεραπεία | | | |
| Αγορά φαρμάκων που έχουν συστηθεί από ιατρό | | | |
| Υπηρεσίες φροντίδας ψυχικής υγείας | | | |
| Αγορά τεχνικών βοηθημάτων ή ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού | | | |

Λαμβάνετε υπηρεσίες στο σπίτι;

Ναι Όχι Δεν υπήρξε ανάγκη

Τι υπηρεσίες θα θέλατε να λαμβάνετε;

| Υπηρεσίες υγείας | Ναι | Όχι | Δεν υπήρξε ανάγκη |
|--|-----|-----|----------------------|
| Αποκατάσταση, ενδυνάμωση του ασθενούς | | | |
| Προστασία από λοιμώξεις | | | |
| Νοσηλευτική φροντίδα για χρόνιες και οξείες περιπτώσεις ασθενειών | | | |
| Εργοθεραπεία | | | |
| Φυσιοθεραπεία | | | |
| Σχήματα ιατρικής θεραπείας στο σπίτι | | | |
| Φροντίδα σε ηλικιωμένους με επιπλοκές στην υγεία τους | | | |
| Φροντίδα σε ασθενείς τελικού σταδίου | | | |
| Οικιακές εργασίες | | | |
| Αγορές | | | |
| Φαγητό | | | |
| Καθαριότητα | | | |
| Κοινωνικές δραστηριότητες | | | |
| Συνοδεία στο περπάτημα κλπ. | | | |

Ερωτηματολόγιο 2

ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ SF-36

1. Σε γενικές γραμμές θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι

| Εξαιρετική | Πολύ καλή | Καλή | Μέτρια | Κακή |
|------------|-----------|------|--------|------|
| | | | | |

2. Συγκρίνοντας την υγεία σας τώρα με την υγεία που είχατε **ένα χρόνο πριν**, θα λέγατε ότι τώρα είναι

| Πολύ καλύτερη | Κάπως καλύτερη | Περίπου ίδια | Κάπως χειρότερη | Πολύ χειρότερη |
|---------------|----------------|--------------|-----------------|----------------|
| | | | | |

- **Τώρα** η υγεία σας, σας περιορίζει ...

| | Πολύ | Λίγο | Καθόλου |
|--|------|------|---------|
| 3. Να κάνετε έντονες σωματικές δραστηριότητες π.χ. τρέξιμο, σήκωμα βαριών αντικειμένων, συμμετοχή σε επίπονα αθλήματα κλπ. | | | |
| 4. Να κάνετε μέτριες σωματικές δραστηριότητες π.χ. μετακίνηση τραπεζιού, χρήση ηλεκτρικής σκούπας, περίπατο, ελαφρό τροχάδην κλπ. | | | |
| 5. Να σηκώνετε ή να μεταφέρετε σακούλες με ψώνια από το σούπερ μάρκετ | | | |
| 6. Να ανεβαίνετε αρκετούς ορόφους από τις σκάλες | | | |
| 7. Να ανεβαίνετε έναν όροφο από τις σκάλες | | | |
| 8. Να σκύβετε ή να γονατίζετε | | | |
| 9. Να περπατάτε περισσότερο από ένα χιλιόμετρο | | | |
| 10. Να περπατάτε αρκετά τετράγωνα | | | |
| 11. Να περπατάτε ένα τετράγωνο | | | |
| 12. Να πλένεσθε ή να ντύνεσθε μόνος/η σας | | | |

- Τον **τελευταίο μήνα** είχατε κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα **σαν αποτέλεσμα της υγείας σας**:

| | Ναι | Όχι |
|--|-----|-----|
| 13. Μειώσατε το χρόνο που διαθέτατε για την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας | | |
| 14. Κάνατε λιγότερα πράγματα από όσο θα θέλατε | | |
| 15. Περιορίσατε το είδος της εργασίας ή των άλλων ασχολιών σας | | |
| 16. Χρειάστηκε να κάνετε μεγαλύτερη προσπάθεια για να εκτελέσετε την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας | | |

- Τον **τελευταίο μήνα** είχατε κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα **σαν αποτέλεσμα της ψυχολογικής σας κατάστασης** π.χ. εάν αισθανθήκατε καταθλιπτικά ή αγχωμένα

| | Ναι | Όχι |
|---|-----|-----|
| 17. Μειώσατε το χρόνο που διαθέτετε για την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας | | |
| 18. Κάνατε λιγότερα πράγματα από όσο θα θέλατε | | |
| 19. Δεν κάνατε την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας τόσο προσεκτικά όπως συνήθως | | |

20. Τον **τελευταίο μήνα** σε ποιο βαθμό η **υγεία σας ή η ψυχολογική σας κατάσταση** επηρέασαν τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονες ή άλλους;

| Καθόλου | Λίγο | Μέτρια | Αρκετά | Πάρα πολύ |
|---------|------|--------|--------|-----------|
| | | | | |

21. Τον **τελευταίο μήνα** πόσο **σωματικό πόνο** είχατε;

| Καθόλου | Λίγο | Αρκετά | Πολύ | Πάρα πολύ | Καθόλου |
|---------|------|--------|------|-----------|---------|
| | | | | | |

22. Τον **τελευταίο μήνα** κατά πόσο ο **σωματικός σας πόνος** επηρέασε τη συνηθισμένη εργασία σας εντός και εκτός σπιτιού;

| Καθόλου | Λίγο | Αρκετά | Πολύ | Πάρα πολύ |
|---------|------|--------|------|-----------|
| | | | | |

- Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πώς αισθάνεστε και πώς σας πήγαν τα πράγματα τον τελευταίο μήνα. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα...

| | Συνέχεια | Πολύ συχνά | Αρκετά συχνά | Μερικές φορές | Σπάνια | Ποτέ |
|---|----------|------------|--------------|---------------|--------|------|
| 23. Αισθανθήκατε γεμάτος ζωτικότητα | | | | | | |
| 24. Ήσασταν πολύ νευρικός | | | | | | |
| 25. Αισθανθήκατε τόσο άσχημα που τίποτα δεν μπορούσε να σας δώσει λίγη χαρά | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| 26. Αισθανθήκατε ήρεμα και γαλήνια | | | | | | |
| 27. Είχατε μεγάλη ενεργητικότητα | | | | | | |
| 28. Αισθανθήκατε απογοητευμένος και μελαγχολικός | | | | | | |
| 29. Αισθανθήκατε εξαντλημένος | | | | | | |
| 30. Νιώσατε ευτυχισμένος | | | | | | |
| 31. Αισθανθήκατε κουρασμένος | | | | | | |

32. Τον τελευταίο μήνα πόσο συχνά η υγεία σας ή η ψυχολογική σας κατάσταση επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες π.χ. με φίλους, συγγενείς κλπ.

| Συνέχεια | Πολύ συχνά | Μερικές φορές | Σπάνια | Ποτέ |
|----------|------------|---------------|--------|------|
| | | | | |

- Πόσο Σωστό ή Λάθος είναι για σας οι παρακάτω καταστάσεις

| | Εντελώς σωστό | Μάλλον σωστό | Δεν γνωρίζω | Μάλλον λάθος | Εντελώς λάθος |
|---|---------------|--------------|-------------|--------------|---------------|
| 33. Νομίζω ότι αρρωσταίνω πιο εύκολα από άλλους | | | | | |
| 34. Είμαι υγιής όπως κάθε άλλον που γνωρίζω | | | | | |
| 35. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερέψει | | | | | |
| 36. Η υγεία μου είναι εξαιρετική | | | | | |