ePublishing

EKT ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ NATIONAL DOCUMENTATION CENTRE

HAPSc Policy Briefs Series

Vol 5, No 2 (2024)

HAPSc Policy Briefs Series

Inequalities in Access to Health Services: The Case of Greece

Stamatina Douki, Emmanouil Spyridakis

doi: 10.12681/hapscpbs.40777

Copyright © 2025, Stamatina Douki, Emmanouil Spyridakis

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0.

To cite this article:

Douki, S., & Spyridakis, E. (2024). Inequalities in Access to Health Services: The Case of Greece. *HAPSc Policy Briefs Series*, *5*(2), 26–33. https://doi.org/10.12681/hapscpbs.40777

https://epublishing.ekt.gr | **e-Publisher:** EKT | **Downloaded at:** 23/01/2026 14:18:21

Inequalities in Access to Health Services: The Case of Greece[1]

Stamatina Douki[2] & Emmanouil Spyridakis[3]

Abstract

Health inequalities, which can be categorized into inequalities in health and in the provision of care, arise from the differentiation of citizens based on their socioeconomic characteristics. Greece is classified as a country with a high degree of health inequalities. This research study aims to investigate health inequalities in general, with a particular focus on the case of Greece. The methodology involved a search for contemporary international literature collected from electronic databases such as PubMed and Google Scholar, excluding studies in languages other than English or Greek. A thorough review of the literature highlighted the necessity of universal health care that prioritizes the individual and their health needs.

Keywords: Health inequalities, Health system in Greece, social determinants.

Ανισότητες στην Πρόσβαση Υπηρεσιών Υγείας: Η Περίπτωση της Ελλάδας

Σταματίνα Δούκη & Εμμανουήλ Σπυριδάκης

Περίληψη

Οι υγειονομικές ανισότητες που διακρίνονται σε ανισότητες στην υγεία και στην παροχή φροντίδας απορρέουν από τη διαφοροποίηση των πολιτών ανάλογα με τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά τους. Η Ελλάδα κατατάσσεται στις χώρες με υψηλό βαθμό υγειονομικών ανισοτήτων. Η παρούσα ερευνητική μελέτη στοχεύει στη διερεύνηση των ανισοτήτων υγείας γενικότερα και πιο ειδικά στη μελέτη της περίπτωσης της Ελλάδας. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιλάμβανε την αναζήτηση σύγχρονης διεθνούς βιβλιογραφίας που συλλέχτηκε από τις ηλεκτρονικές βάσεις Pubmed και Google Scholar, ενώ αποκλείστηκαν μελέτες εκτός της Αγγλικής και Ελληνικής γλώσσας. Από την ενδελεχή ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, κατέστη ξεκάθαρο ότι η υγειονομική περίθαλψη επιβάλλεται να είναι καθολική με επίκεντρο τον άνθρωπο και τις υγειονομικές του ανάγκες.

Keywords: Ανισότητες υγείας, Σύστημα υγείας στην Ελλάδα, κοινωνικοί προσδιοριστές.

Εισαγωγή

Η υγεία σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ορίζεται ως «*η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας*». Η υγεία αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα δηλ. κάθε άνθρωπος ανεξαρτήτως φυλής, θρησκείας, κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και πολιτικών πεποιθήσεων δικαιούται να

[1] To cite this paper in APA style: Douki, S., & Spyridakis, E. (2024). Inequalities in Access to Health Services: The Case of Greece. *HAPSc Policy Briefs Series, 5*(2), 26-33. https://doi.org/10.12681/hapscpbs.40777

[2] Teaching Fellow, Department of Nursing, University of West Attica, Greece.

[3] Professor of Social Anthropology, Department of Sociology in National and Kapodistrian University of Athens, Greece.

απολαμβάνει το μέγιστο δυνατό επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας (WHO, 2014). Επιπλέον, σύμφωνα με τον Δράκο, η υγεία αποτελεί και κοινωνικό αγαθό, έχοντας τα χαρακτηριστικά των δημόσιων αγαθών δηλ. δεν είναι ανταγωνιστικό, προσφέρεται συλλογικά και όχι ομαδικά και προσφέρεται αδιακρίτως σε όλους τους πολίτες χωρίς αποκλεισμούς (Drakos, 1986). Αντίθετα, άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η υγεία είναι ιδιωτικό αγαθό, παρέχεται ατομικά και όχι συλλογικά, ακολουθεί τους κανόνες της ελεύθερης, ανταγωνιστικής αγοράς και συνεπώς οι πολίτες ανάλογα με τις καθορισμένες τιμές μπορεί να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας (Yfantopoulos, 2006).

Ωστόσο, η απουσία διαφορών που απορρέουν από την κοινωνική διαστρωμάτωση εξασφαλίζουν την ισότητα στην υγεία, ενώ η ύπαρξη δικαιοσύνης ηθικής και αξιών στην παροχή υπηρεσιών υγείας εξασφαλίζει την ισοτιμία και την αποφυγή υγειονομικών ανισοτήτων (Matsaganis, 2002; OECD, 2019). Πιο ειδικά, η ισότητα στην υγεία διακρίνεται σε οριζόντια και κάθετη. Στην οριζόντια εξασφαλίζεται ίση κατανομή των πόρων στις υπηρεσίες υγείας, ίση πρόσβαση και χρήση από όλους τους πολίτες και στοχεύει στην άμβλυνση των ανισοτήτων (Tountas & Economou, 2007). Αντίθετα στην κάθετη ισότητα, οι διαφορετικές ανάγκες των πολιτών αντιμετωπίζονται εξατομικευμένα και με διαφορετικό τρόπο (Raine et al., 2016).

Ανισότητες στην Υγεία

Οι ανθρώπινες κοινωνίες χαρακτηρίζονται από την παρουσία ανισοτήτων που πηγάζουν από την κοινωνική διαστρωμάτωση. Παρόμοια και οι υγειονομικές ανισότητες που διακρίνονται σε ανισότητες στην υγεία και στην παροχή φροντίδας απορρέουν από την διαφοροποίηση των πολιτών ανάλογα με τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά τους (κοινωνικοί προσδιοριστές υγείας).

Οι κοινωνικοί προσδιοριστές υγείας ταξινομούνται σε 4 μεγάλες κατηγορίες: α) κοινωνικοί / οικονομικοί και περιβαλλοντικοί (οικογένεια, ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο, εκπαίδευση, εργασία, διαθέσιμο εισόδημα, κ.ά.) β) παράγοντες του άμεσου περιβάλλοντος (τροφή, κατοικία, εργασία, κ.ά.) γ) συμπεριφοριστικοί παράγοντες (τρόπος ζωής, κάπνισμα, διατροφή, άσκηση, κ.ά.) και δ) ατομικοί / βιολογικοί παράγοντες (φύλο, ηλικία, θρησκεία, κληρονομικότητα, κ.ά.). Σύμφωνα με τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας, η υγεία του ατόμου ή της πληθυσμιακής ομάδας καθορίζεται 40%-50% από τη συμπεριφορά, 20%-30% από την κοινωνική και οικονομική κατάσταση και 10%-20% από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Dahlgren, Whitehead, 1991).

Η έκθεση του “Black report” του Βρετανικού υπουργείου Εργασίας που δημοσιεύτηκε το 1980, ουσιαστικά θεμελίωσε την θεωρία των κοινωνικών ανισοτήτων υγείας, αναφέροντας ότι η θνησιμότητα στην ηλικιακή ομάδα 15-64, το 1971, ήταν διπλάσια στις ασθενέστερες κοινωνικο-οικονομικά τάξεις, σε σχέση με τις ισχυρές (Tountas, 2000). Πιο ειδικά, η έκθεση κατέταξε τον

πληθυσμό σε 5 κοινωνικές τάξεις: α) ελεύθεροι επαγγελματίες (δικηγόροι, γιατροί) β) μεσαίοι επαγγελματίες (δάσκαλοι, νοσηλευτές) γ) εκπαιδευμένοι μη χειρώνακτες επαγγελματίες (γραμματείς, εμποροϋπάλληλοι) δ) εκπαιδευμένοι χειρώνακτες επαγγελματίες (οδηγοί λεωφορείων, ξυλουργοί) και μερικώς εκπαιδευμένοι (αγρότες, ταχυδρόμοι) και ε) μη εκπαιδευμένοι χειρώνακτες (εργάτες, καθαριστές). Επιπλέον, σε αυτή την έκθεση οι άνδρες κατατάσσονταν σύμφωνα με την επαγγελματική τους θέση, οι γυναίκες με το επάγγελμα του συζύγου, τα παιδιά με το επάγγελμα του πατέρα και οι συνταξιούχοι με το προηγούμενο επάγγελμά τους. Τα αποτελέσματα της έκθεσης επιβεβαιώθηκαν από μεταγενέστερες μελέτες στην Βρετανία που επεσήμαναν την τριπλάσια θνησιμότητα στα κατώτερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα, σε σχέση με τα ανώτερα. Πιο ειδικά, στην Βόρεια Βρετανία διαπιστώθηκε τετραπλάσια θνησιμότητα στο πιο φτωχό 10% του πληθυσμού, σε σχέση με το πιο πλούσιο 10% (Marmot et al., 1991).

Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα η ασφαλιστική κάλυψη είναι υποχρεωτική και συμμετέχουν τόσο οι εργαζόμενοι όσο και οι εργοδότες, αν και μερικές φορές συμμετέχουν μόνο οι ασφαλισμένοι (Fountoulakis, et al., 2012). Ωστόσο, το σύστημα υγείας της Ελλάδας δέχτηκε πολλές τροποποιήσεις από την ημέρα σύστασης του Ελληνικού κράτους μέχρι σήμερα. Η Ελλάδα καθυστέρησε αρκετά, σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης, να εκσυγχρονίσει και να οργανώσει ένα υγειονομικό σύστημα, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα. Ο Νόμος 1397/1983 που καθιέρωσε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) βασίστηκε στις αρχές της πλήρους και καθολικής υγειονομικής κάλυψης, στην ισότιμη πρόσβαση και στην παροχή δωρεάν υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες. Αρχικά, ο τρόπος χρηματοδότησης του ΕΣΥ βασιζόταν σε διάφορους πολιτικούς μηχανισμούς, χωρίς να περιλαμβάνει τους όρους αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα. Έτσι μέσα σε αυτό το πλαίσιο λειτουργίας, εγκαθιδρύθηκαν αρκετά Νομαρχιακά νοσοκομεία, 3 Πανεπιστημιακά και 172 Κέντρα υγείας σε αγροτικές περιοχές. Στα μέσα της δεκαετίας του 1980, με την εφαρμογή του Κανονισμού 815/1984 «Έκτακτη οικονομική ενίσχυση της Ελλάδας στον κοινωνικό τομέα», διαμορφώθηκε και η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, αντικατοπτρίζοντας την ανάγκη για μετασχηματισμό της ασυλικού τύπου περίθαλψης των ψυχικά πασχόντων σε μία αποκεντρωμένη παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας, που στόχευε στον κοινωνικό αποστιγματισμό και στην επανένταξη των ατόμων με ψυχικά προβλήματα στο κοινωνικό περιβάλλον (Douki et. al., 2021).

Μεταγενέστερα, ο Νόμος 2071/1992 που στόχευε στον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ, μεταβίβασε την λειτουργία και την διοίκηση των Κέντρων υγείας στις κατά τόπους Νομαρχίες, εισήγαγε για πρώτη φορά τον θεσμό της κατ' οίκον νοσηλείας για την παροχή υγειονομικής φροντίδας βαριά πασχόντων

και αδύναμων πολιτών στο σπίτι τους και θεσμοθέτησε την λειτουργία ιδιωτικών κλινικών. Ακολούθως, ο Νόμος 2519/1997 αναγνωρίζει στο υγειονομικό σύστημα την αναγκαιότητα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και management στα νοσοκομεία και εισάγει τον θεσμό του οικογενειακού γιατρού. Αναφορικά με την ψυχική υγεία, πραγματοποιήθηκαν ριζοσπαστικές ενέργειες με σκοπό τη μετάβαση από το ιδρυματικό μοντέλο περίθαλψης των ψυχικά ασθενών στο ανοιχτό κοινοτικό μοντέλο φροντίδας (Douki & Kelesi-Stavropoulou, 2022). Ως εκ τούτου, την ίδια περίοδο δημιουργήθηκαν περίπου 250 νέες υπηρεσίες, ενώ το 1999 ψηφίζεται ο Νόμος 2716/17/5/99 που θεσμοθετεί το πρόγραμμα «Ψυχαργώς» μέσα στο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Το 2000 ξεκίνησε το πρόγραμμα «Ψυχαργώς» που είχε κόστος 700 εκατομμύρια ευρώ (Madianos, 2013).

Την δεκαετία 2000-2010 νομοθετήθηκαν ρυθμίσεις προκειμένου να επιτευχθεί αύξηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας του υγειονομικού συστήματος και διαφάνεια των προμηθειών. Επιπλέον, την ίδια περίοδο χωρίστηκε η χώρα σε 7 Διοικητικές Υγειονομικές Περιφέρειες (ΔΥΠΕ). Το 2008 η έκλυση της οικονομικής κρίσης και η επιβολή μνημονίων στη χώρα μας επηρέασε και δυσχέρανε τις συνθήκες του υγειονομικού συστήματος (Kondylis et al., 2013), καθώς υπήρξε μείωση αποδοχών και συντάξεων (40%), ανεργία (26%) και απώλεια 25% του ΑΕΠ (Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν) (Madianos, 2013). Έτσι, το 2010-2020 οι διάφορες κυβερνήσεις προσπάθησαν να κάνουν το υγειονομικό σύστημα πιο αποδοτικό και αποτελεσματικό. Παράλληλα, το υγειονομικό σύστημα έπρεπε να διαχειριστεί το αναδυόμενο προσφυγικό πρόβλημα, με τους πρόσφυγες να διαμένουν σε άθλιες στεγαστικές συνθήκες και χωρίς ασφάλιση, που έχρηζε άμεσης ανταπόκρισης (Ifanti et al., 2013).

Το 2011, εντάχθηκαν όλα τα ασφαλιστικά ταμεία σε έναν ενιαίο οργανισμό, τον ΕΟΠΥΥ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας), προκειμένου να παρέχονται υπηρεσίες υγείας σε όλους τους ασφαλισμένους, στα προστατευόμενα μέλη τους και στους συνταξιούχους. Το 2014, με νομοθετική ρύθμιση θεσμοθετήθηκαν τα όρια αρμοδιοτήτων των οικογενειακών γιατρών (με ρόλο καθοδηγητικό στην εύρεση ιατρικής φροντίδας, ανάλογα με τις ανάγκες των ασθενών) και οι Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που στόχευαν στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων (Oikonomidou, et al., 2010). Ο ΕΟΠΥΥ ανέλαβε τη διαφανή διαχείριση της χρηματοδότησης, της αποδοτικότητας αγοράς των υπηρεσιών υγείας και της αποτελεσματικότητας των διαθέσιμων πόρων. Μεταγενέστερα, το 2016, οι ανασφάλιστοι πολίτες (πολλοί λόγω της οικονομικής κρίσης) απέκτησαν πρόσβαση στο υγειονομικό σύστημα. Το 2017 δημιουργήθηκαν οι ΤΟΜΥ (Τοπικές Μονάδες Υγείας) για την παροχή υπηρεσιών υγείας εξωνοσοκομειακά και το 2019 συστάθηκε ο ΕΟΔΥ

(Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας) για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού (Boursanidis, 2020).

Ανισότητες στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα

Οι ανισότητες στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνουν την προσβασιμότητα (γεωγραφική πρόσβαση, κόστος), τη διαθεσιμότητα (έγκαιρη παροχή) και την αποδοχή (προσωπικές πεποιθήσεις, συνθήκες). Σύμφωνα με ερευνητικές μελέτες, οι ανισότητες στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας και η έκθεση σε παράγοντες κινδύνου συσχετίστηκαν θετικά με τις ακραίες ηλικιακά ομάδες (ηλικιωμένοι, παιδιά), την ανεργία, τα χρόνια νοσήματα, το γυναικείο φύλο, το χαμηλό οικονομικό εισόδημα, την έλλειψη ασφάλισης, το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και τον ανθυγιεινό τρόπο ζωής (OECD, 2019; Forster et al., 2018). Πιο ειδικά, μελέτες ανέδειξαν ότι τα άτομα που δεν ολοκλήρωσαν τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση έχουν 6 χρόνια μικρότερο προσδόκιμο επιβίωσης (OECD, 2019). Τα ασθενέστερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα (φτωχοί, μετανάστες, εθνικές μειονότητες, κ. ά) τυγχάνουν διακρίσεων και ανισοτήτων στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας δηλ. μικρότερη πρόσβαση σε υπηρεσίες προληπτικού ελέγχου και σε εξειδικευμένες ιατρικές ειδικότητες (OECD, 2019; Pappa et al., 2013). Ωστόσο, έχει διαπιστωθεί ότι οι ανισότητες στην υγεία διαφοροποιούνται μεταξύ των χωρών. Σε χώρες με μεγαλύτερη κοινωνική συνοχή οι ανισότητες αμβλύνονται. Ενδεικτικά, η Σουηδία εμφανίζει μειωμένες ανισότητες υγείας, σε σχέση με την Βρετανία, αναφορικά με το δείκτη της βρεφικής θνησιμότητας (Ostberg, 1992), ενώ οι ανισότητες υγείας μεγαλώνουν όταν ταξινομούνται βάση του επαγγέλματος και της εργασίας και μειώνονται όταν ταξινομούνται βάση του εισοδήματος (Tountas, 2000).

Σε μεγάλη ερευνητική μελέτη που διενεργήθηκε σε 16 Ευρωπαϊκές χώρες συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας φάνηκε ότι τα ασθενέστερα κοινωνικά στρώματα, εκτός από τη μεγαλύτερη θνησιμότητα, εμφανίζουν και χειρότερο επίπεδο υγείας, σε σχέση με τα ανώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Πιο ειδικά, στις χώρες της δυτικής Ευρώπης η πιθανότητα νόσησης αυξάνεται 1.5-2.5 φορές στις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις, σε σχέση με τις ανώτερες (Tountas, 2000).

Στη χώρα μας, παρόμοια με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), ποσοστό >25% των ενηλίκων αναφέρουν εμπόδια στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας και το 28% αυτών αποδίδουν τις δυσκολίες στο κόστος, στη γεωγραφική απόσταση ή στον χρόνο αναμονής. Εξάλλου η Ελλάδα κατατάσσεται στις χώρες με υψηλό βαθμό στο επίπεδο υγειονομικών ανισοτήτων μαζί με την Πορτογαλία, την Ιταλία, την Γερμανία, την Φινλανδία, την Λετονία, την Κροατία και την Βουλγαρία (European Commission, n.d.). Η μεγαλύτερη ανισότητα που συσχετίστηκε με το χαμηλό εισόδημα

εντοπίστηκε στην οδοντιατρική περίθαλψη. Πιο ειδικά, παρατηρήθηκε 7% για τα υψηλότερα και 23% για τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για την ιατρική φροντίδα είναι 4% και 13% και για τη συνταγογράφηση φαρμάκων 3% και 13% (OECD, 2019; Forster et al., 2018).

Επιπροσθέτως, η ελεύθερη προσπέλαση των πολιτών δεν ισχύει, καθώς η πρόσβαση εξαρτάται από τις πληρωμές και τις παραπληρωμές, ενώ σε άλλες περιπτώσεις η πρόσβαση συνδέεται με την παραπομπή σε γενικό / οικογενειακό ιατρό. Στον ιδιωτικό τομέα η πρόσβαση είναι «σχετικά ελεύθερη» καθώς συνδέεται με τις άμεσες πληρωμές και με πρόσθετους διαμεσολαβητικούς μηχανισμούς. Παρόμοια με άλλες χώρες της Δυτικής και Βόρειας Ευρώπης, οι μηχανισμοί προσανατολισμού και παρακολούθησης σε διάφορα επίπεδα περίθαλψης δεν λειτουργούν (Kyriopoulos et al., 2000). Ωστόσο, η μειωμένη συμμετοχή του κράτους σε θεσμούς κοινωνικής πρόνοιας, η ανεπαρκής υποστήριξη της οικογένειας, η μεταβολή των κοινωνικών θεσμών ανάλογα με το ασταθές πολιτικό περιβάλλον και η χαμηλή αποδοτικότητα των υπηρεσιών, οδηγούν σε αύξηση των ανισοτήτων στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας και στην αύξηση δυσαρέσκειας των πολιτών. Η καθολική πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες δεν κατέστη δυνατή με τη δημιουργία ενιαίου φορέα (ΕΟΠΥΥ) και τη συνένωση των ασφαλιστικών οργανισμών. Η ανισότητα στην πρόσβαση των κοινωνικών υπηρεσιών για τις διάφορες πληθυσμιακές ομάδες επέφερε στέρηση ολοκληρωμένης ιατρικής περίθαλψης στο 20% των Ελλήνων με χαμηλό εισόδημα (Forster et al., 2018).

Συνοψίζοντας, στην Ελλάδα η κατάσταση της υγείας του πληθυσμού έχει σημειώσει σημαντική βελτίωση τις τελευταίες δεκαετίες. Πιο συγκεκριμένα, έχει παρατηρηθεί αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, μείωση των δεικτών γενικής και βρεφικής θνησιμότητας με αποτέλεσμα το ικανοποιητικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού, σε σχέση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες (Terzopoulos & Sarafis, 2012). Παρά ταύτα, μειωμένη θνησιμότητα καταγράφεται στις ανώτερες κοινωνικοοικονομικά τάξεις και αυξημένο ποσοστό μόλυνσης από λοιμώδη σε πληθυσμιακές ομάδες με χαμηλό κατά κεφαλή εισόδημα (Tountas, 2000). Ωστόσο, η οικονομική κρίση του 2008 οδήγησε σε μείωση της δημόσιας δαπάνης για την υγεία (Forster et al., 2018) που επίδρασε δυσμενώς στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού, επηρεάζοντας κυρίως τις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες (ηλικιωμένοι, παιδιά, μετανάστες, χρόνιοι πάσχοντες) και τα χαμηλά κοινωνικο-οικονομικά στρώματα (ανασφάλιστοι, μακροχρόνια άνεργοι) (Economou et al., 2016).

Συμπεράσματα

Η υγειονομική περίθαλψη επιβάλλεται να είναι καθολική και να έχουν πρόσβαση όλες οι πληθυσμιακές ομάδες και πιο ειδικά οι οικονομικά ασθενέστερες κοινωνικές τάξεις. Ως εκ τούτου,

χρήζει αναδιαμόρφωσης το σύστημα υγείας ώστε το επίκεντρο να είναι ο άνθρωπος και οι υγειονομικές ανάγκες του, προκειμένου να αμβλυνθούν οι υπάρχουσες ανισότητες.

References

Boursanidis, (2020). Health Systems & Comparative Health Policy, Teaching Notes - Typescript, 10th Revised Edition, ESSDA-Athens.

Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.

Douki, S. & Kelesi-Stavropoulou, M. (2022). The Mental Health Policies in Western Countries. *HAPSc Policy Briefs Series*, 3(2), 183–190.

Douki, S., Tzagkarakis, S.I. Karakatsani, D. (2021). Psychiatric Care Policy in Greece in the First Half of the 20th Century. *HAPSc Policy Briefs Series*, 2(2), 289-297.

Drakos, E. G. (1986). *Introduction to public finance*. Piraeus: Stamoulis (in Greek).

European Commission (n.d.). European Semester Thematic Newsletter: Health Systems. Available at: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/european-semester_thematic-factsheet_health-systems_el.pdf (Accessed: 15/11/2024).

Forster, T., Kentikelenis, A., & Bambra, C. (2018). *Health inequalities in Europe: setting the stage for progressive policy action.* Dublin: TASC.

Fountoulakis, K. N., Grammatikopoulos, I. A., Koupidis, S. A., Siamouli, M., & Theodorakis, P. N. (2012). Health and the financial crisis in Greece. *The Lancet*, 379(9820), 1001-1002.

Ifanti, A. A., Argyriou, A. A., Kalofonou, F. H., & Kalofonos, H. P. (2013). Financial crisis and austerity measures in Greece: their impact on health promotion policies and public health care. *Health policy*, 113(1-2), 8-12.

Kaitelidou D, Katsikas D, Siskou O, Zafiropoulou M. (2016). Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population. *Social Cohesion and Development*, 9(2), 99-115.

Kondilis, E., Giannakopoulos, S., Gavana, M., Ierodiakonou, I., Waitzkin, H., & Benos, A. (2013). Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case. *American journal of public health*, 103(6), 973-979.

Kyriopoulos, J., Lionis, C., Dimoliatis, G., Mercouris, M. P., Economou, C., Tsakos, G., & Philalithis, A. (2000). Primary health care as the foundation of health reform. Prim. *Health Care*, 12, 169-188.

Madianos, M. G. (2013). Economic crisis, mental health and psychiatric care. What happened to the "Reformation" in GREECE. *Psychiatry*, 24 (1), 15.

Marmot, M. G., Smith, G. D., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J. et al. (2013). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet* (9), 1378–1393.

Matsaganis, M. (2002). The public intervention in the field of health. In: Aletras, Matsanganis, Niakas (Eds.) *Economic and financial management of health services.* Volume A΄, Hellenic Open University, Patra.

Oikonomidou, E., Anastasiou, F., Dervas, D., Patri, F., Karaklidis, D., Moustakas, P. et al. (2010). Rural primary care in Greece: working under limited resources. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(4), 333-337.

Organization for Economic Co-operation and Development (2019). *Health for everyone? Social inequalities in health and health systems. OECD Health Policy Studies*. Paris: OECD Publishing. Available at: https://www.oecd-ilibrary.org/sites/3c8385d0-en/index.html?itemId=/content/publication/3c8385d0-en (Available at: 15/10/2023).

Ostberg, V. (1992). Social class differences in child mortality, Sweden 1981-1986. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 46(5), 480-484.

Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Papadopoulos, A., Tountas, Y., & 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*, 10(5), 2017-2027.

Raine, R., Fitzpatrick, R., Barratt, H., et. al., (2016). Challenges, solutions and future directions in the evaluation of service innovations in health care and public health. *Health Services and Delivery Research*, 4(16).

Terzopoulos, B. & Sarafis, P. (2012). The General Health Status of the Greek Population Today: Indicators and Factors of Health Burden, Morbidity and Mortality Indicators: the Contribution of Prevention, Health Promotion and Health Education. *Greek Journal of Nursing Science*, 5(2), 15-25.

Tountas, Y. (2000). Social inequalities in health. *Archives of Greek Medicine*, 17(4).

Tountas, Y. & Economou, N.A. (2007). Evaluation of health services and systems. *Archives of Greek Medicine* 24(1), 7-21.

World Health Organization (2014). Basic Documents. Available at: http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=1 (Accessed: 15/11/2020).

Yfantopoulos, I. (2006). *Health economics. Theory and policy*. Athens: Typothito (in Greek).