

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Ανικανοποίητες ανάγκες υγείας και κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην Ελλάδα Εμπόδια στην πρόσβαση και επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής

ΣΚΟΠΟΣ Η διερεύνηση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων αναφορικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την ποιότητα ζωής στην Ελλάδα, εστιάζοντας στους παράγοντες που σχετίζονται με ανικανοποίητες ανάγκες υγειονομικής φροντίδας. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Εφαρμόστηκε ποσοτική μεθοδολογία σε δείγμα 712 ατόμων από τον γενικό πληθυσμό. Η ποιότητα ζωής αξιολογήθηκε με το εργαλείο EQ-5D-5L, ενώ οι ανικανοποίητες ανάγκες καταγράφηκαν με ειδικό ερωτηματολόγιο. Η συλλογή δεδομένων έλαβε χώρα μεταξύ Ιανουαρίου και Απριλίου του 2024. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Το 47% των συμμετεχόντων ανέφεραν τουλάχιστον μία ανικανοποίητη ανάγκη υγειονομικής φροντίδας. Οι κυριότεροι λόγοι ήταν το κόστος (20,2%) και οι μεγάλες λίστες αναμονής (22,5%). Οι γυναίκες, οι συνταξιούχοι, τα άτομα με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και όσοι είχαν χρόνια νοσήματα παρουσίασαν υψηλότερες πιθανότητες ανικανοποίητων αναγκών υγείας. Το 81,2% δήλωσε συμπτώματα άγχους/κατάθλιψης, ενώ το 43% ανέφερε πόνο ή δυσφορία. Η κακή αυτοαντιλαμβανόμενη υγεία αύξανε σημαντικά την πιθανότητα ύπαρξης εμποδίων στην πρόσβαση (π.χ. σχετικός λόγος [OR] για απόσταση=3,69, $p<0,001$). Επί πλέον, τα άτομα με κακή κατάσταση υγείας είχαν περισσότερες πιθανότητες να μην εμπιστεύονται το σύστημα υγείας ($OR=4,29$, $p=0,011$) και να αναφέρουν έλλειψη πρόσβασης σε ογκολογική φροντίδα ($OR=7,72$, $p<0,001$). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Τα ευρήματα επιβεβαιώνουν ότι οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες επηρεάζουν δυσανάλογα την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Απαιτούνται στοχευμένες παρεμβάσεις πολιτικής, όπως η αύξηση της δημόσιας χρηματοδότησης, η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η αξιοποίηση ψηφιακών τεχνολογιών για την προώθηση της ισότητας στην υγεία και της βιώσιμης ανάπτυξης.

Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες του Οργανισμού Ευρωπαϊκής Οικονομικής Συνεργασίας (ΟΟΣΑ) (2021, 2023) και του Ευρωπαϊκού Δικτύου Κοινωνικής Πολιτικής (ESPN), το ελληνικό σύστημα υγείας αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα προσβασιμότητας και καταγράφει υψηλό ποσοστό ανικανοποίητων ιατρικών αναγκών σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες.¹⁻³ Οι κύριες αιτίες αυτής της κατάστασης είναι το αυξημένο κόστος, οι μεγάλες λίστες αναμονής και οι γεωγραφικές ανισότητες, που επηρεάζουν δυσανάλογα τα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα. Παράλληλα, η Ελλάδα καταγράφει το υψηλότερο ποσοστό ιδιωτικής δαπάνης υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ),

προσεγγίζοντας το 35% της συνολικής δαπάνης, ενώ οι άμεσες πληρωμές από τους πολίτες για φάρμακα (έως και το 58%) συνιστούν σημαντικό οικονομικό βάρος, το οποίο επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής των πολιτών.³ Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, η συνολική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα το 2021 ανερχόταν στο 9,2% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ), από τα οποία το 5,7% ήταν δημόσια δαπάνη, σε σύγκριση με τις συνολικές δαπάνες στην ΕΕ που ανέρχονταν στο 10,9%, με το 8,9% να καλύπτεται από δημόσια χρηματοδότηση. Στην Ελλάδα, το ποσοστό δημόσιας χρηματοδότησης επί της συνολικής δαπάνης υγείας το 2020 ήταν 62,1%, αρκετά χαμηλότερο

ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2026, 43(6):742-752
ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2026, 43(6):742-752

**Χ. Λιάχνης,
Γ. Φραγκιαδάκης**

Σχολή Κοινωνικών Επιστημών,
Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Διοίκηση
Μονάδων Υγείας», Ελληνικό Ανοικτό
Πανεπιστήμιο, Πάτρα

Unmet health needs and
socioeconomic inequalities in
Greece: Barriers to access and
(their) impact on quality of life

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Ανικανοποίητες ανάγκες
υγειονομικής φροντίδας
Ελλάδα
Ισότητα στην υγεία
Ποιότητα ζωής
Προσβασιμότητα
στις υπηρεσίες υγείας

Υποβλήθηκε 23.5.2025
Εγκρίθηκε 26.7.2025

από τον μέσο όρο της ΕΕ, το οποίο ανερχόταν σε 81,1%.²

Η πανδημία COVID-19 ανέδειξε περαιτέρω τις ανισότητες στην υγεία και έδειξε ότι παράγοντες όπως η καταγωγή, η οικονομική κατάσταση και η παρουσία χρόνιων νοσημάτων επηρεάζουν δυσανάλογα τα ποσοστά θνησιμότητας παγκοσμίως.^{4,5} Έρευνες έχουν δείξει ότι οι οικονομικά ευάλωτες ομάδες και οι ηλικιωμένοι με επιβαρυνμένη υγεία παρουσίασαν σημαντικές ανικανοποίητες ανάγκες υγειονομικής φροντίδας κατά τη διάρκεια της πανδημίας.^{6,7} Μελέτες που διεξήχθησαν πριν και κατά τη διάρκεια της πανδημίας σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Αυστρία, η Ιρλανδία και η Ελλάδα, δείχνουν σταθερά ότι η ανικανοποίητη ανάγκη για υγειονομική φροντίδα διαφέρει σημαντικά μεταξύ διαφορετικών κοινωνικο-δημογραφικών ομάδων, ανάλογα με το φύλο, την εργασιακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, το καθεστώς μετανάστευσης και την οικογενειακή κατάσταση.⁸⁻¹⁰ Οι εν λόγω μελέτες τονίζουν ότι η επίδραση του εισοδήματος στην πιθανότητα αναφοράς ανικανοποίητης ανάγκης ήταν ιδιαίτερα έντονη μεταξύ όσων δεν είχαν πρόσβαση σε δωρεάν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) ή και σε ιδιωτική ασφάλιση, αναδεικνύοντας τον ρόλο των συστημάτων υγείας στη μείωση των εισοδηματικών ανισοτήτων ως προς την κάλυψη των αναγκών υγείας.⁹

Μια μελέτη του 2015,¹¹ που εκπονήθηκε μετά την οικονομική κρίση και πριν από την πανδημία COVID-19, αναδεικνύει σημαντικές διαφορές στις ανικανοποίητες ανάγκες υγείας μεταξύ των 27 κρατών-μελών της ΕΕ, της Νορβηγίας και της Ισλανδίας, με έμφαση στο οικονομικό βάρος που επωμίζονται τα νοικοκυριά. Στη Λετονία και στη Ρουμανία, το ποσοστό ανικανοποίητης ανάγκης για οδοντιατρική περίθαλψη ανήλθε στο 80% λόγω οικονομικών περιορισμών, ενώ στη Ρουμανία η ανικανοποίητη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη προσέγγισε το 73% λόγω του κόστους υγειονομικής φροντίδας. Στην Κύπρο και στη Μάλτα, όπου οι ιδιωτικές πληρωμές κάλυπταν μεγάλο ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας, η ανικανοποίητη ανάγκη παρέμεινε υψηλή, ενώ και στην Ιταλία οι οικονομικοί περιορισμοί αποτέλεσαν σημαντικό παράγοντα, με τα άτομα χαμηλότερου εισοδήματος να αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά ανικανοποίητων αναγκών.

Μελέτες που διερευνούν κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες σε σχέση με την ποιότητα ζωής καταλήγουν επίσης σε παρόμοια συμπεράσματα. Η διεθνής βιβλιογραφία καταγράφει πληθώρα προβλεπτικών παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Στην Εσθονία, για παράδειγμα, η αύξηση της ηλικίας, το γυναικείο φύλο, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και η φτώχεια σχετίζονταν με χαμηλότερη ποιότητα ζωής.¹² Στην Πορτογαλία, οι γυναίκες ανέφεραν χαμηλότερη ποιότητα ζωής και περισσότερα προβλήματα

ψυχικής υγείας σε σύγκριση με τους άνδρες κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19,¹³ ενώ στο Βέλγιο οι γυναίκες, οι ηλικιωμένοι και άτομα με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο εμφάνισαν επίσης χαμηλότερη ποιότητα ζωής.¹⁴

Η Ελλάδα δεν αποτελεί εξαίρεση συγκριτικά με τις χώρες που προαναφέρθηκαν, καθώς οι ανισότητες στην υγεία οι οποίες επιδεινώθηκαν κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης αντανακλούν τις παγκόσμιες τάσεις. Σύμφωνα με προηγούμενη μελέτη,¹⁰ το κόστος και η έλλειψη ελεύθερου χρόνου αναδείχθηκαν ως οι βασικοί παράγοντες που παρεμποδίζουν την πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Η οικονομική κρίση σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης φάνηκε ότι επιδείνωσε τις ήδη υπάρχουσες ανισότητες στην υγεία και οδήγησε σε αύξηση των ανικανοποίητων αναγκών για υπηρεσίες υγείας, κυρίως λόγω του υψηλού κόστους και των μεγάλων λιστών αναμονής, ενώ το δημόσιο σύστημα υγείας αδυνατεί να καλύψει επαρκώς τις ανάγκες του πληθυσμού.¹⁵ Ανάλογη μελέτη διαπιστώνει ότι το ποσοστό του πληθυσμού που δηλώνει ότι οι ανάγκες του σε υγειονομική φροντίδα δεν μπορούν να καλυφθούν λόγω κόστους αυξήθηκε από 4% το 2009 σε 12% το 2016, ενώ για τα άτομα με χαμηλό εισόδημα το ποσοστό αυξήθηκε από 17% το 2015 σε 34% το 2016.¹⁶ Επί πλέον, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και η απουσία ασφαλιστικής κάλυψης συνδέθηκαν στενά με την αύξηση των ανικανοποίητων αναγκών υγείας.¹⁷ Μια ακόμη μελέτη ανέλυσε τις δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας στον γενικό πληθυσμό της Ελλάδας κατά την περίοδο 2015–2016, με δείγμα 1.919 ενήλικες.³⁴ Η σχετική μελέτη έδειξε ότι σχεδόν ένας στους δύο Έλληνες (47,7%) δεν έλαβε την απαραίτητη φροντίδα υγείας, κυρίως λόγω κόστους. Το 19,1% αντιμετώπισε προβλήματα πρόσβασης, κυρίως σε δημόσια εξωτερικά ιατρεία. Επί πλέον, οι γυναίκες, τα άτομα με χρόνια νοσήματα και όσοι διαμένουν εκτός αστικών κέντρων παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά ανεκπλήρωτων αναγκών. Τα ευρήματα αυτά αναδεικνύουν διαχρονικά σοβαρές ανισότητες και δομικές αδυναμίες στο ελληνικό σύστημα υγείας. Εκτός από την οικονομική κρίση, η πανδημία COVID-19 ανέδειξε επί πλέον τις διαχρονικές αδυναμίες λόγω της μακροχρόνιας υπο-χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας και αποκάλυψε τις ανισότητες στην υγεία σε ευρύτερη κλίμακα. Το 32% των ασθενών δήλωσαν ότι δεν είχαν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας τη στιγμή που τις χρειάστηκαν,¹⁸ ενώ ιδιαίτερα οι ευάλωτες ομάδες, όπως άτομα με ψυχική νόσο, αντιμετώπισαν σημαντικά προβλήματα στην πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγείας.¹⁹ Όσον αφορά στην επίδραση της πανδημίας COVID-19 στην ποιότητα ζωής στην Ελλάδα, μια προηγούμενη έρευνα³⁵ έδειξε ότι η πανδημία επιδείνωσε περαιτέρω την ποιότητα ζωής του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα. Η εν λόγω μελέτη παρακολούθησε Έλληνες πολίτες

καθ' όλη τη διάρκεια των περιοριστικών μέτρων (lockdowns) και διαπίστωσε στατιστικά σημαντικές διαφορές στην ευημερία πριν και μετά τα περιοριστικά μέτρα, με συνολική επιδείνωση της ψυχικής και της σωματικής υγείας κατά τις περιόδους καραντίνας. Τα lockdowns είχαν αρνητική επίδραση σε πολλούς δείκτες, αυξάνοντας τα συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης και μετατραυματικού stress (PTSD) και μειώνοντας τα επίπεδα αυτοαναφερόμενης ευημερίας. Μια δεύτερη μελέτη του 2022 επιβεβαίωσε ότι ο φόβος ο οποίος συνδεόταν με την πανδημία είχε αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Οι Έλληνες που παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα φόβου για την COVID-19 ανέφεραν σημαντικά χαμηλότερη σωματική και ψυχική υγεία. Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν ότι η πανδημία και τα περιοριστικά της μέτρα επέφεραν σημαντική –έστω και βραχυπρόθεσμη– μείωση στην ποιότητα ζωής για πολλούς στην Ελλάδα.³⁶

Οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί στην Ελλάδα με σκοπό την αποτίμηση της ποιότητας ζωής και των ανικανοποίητων αναγκών υγείας, λαμβάνοντας υπ' όψιν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις διαφορετικές κοινωνικές ομάδες, είναι περιορισμένες,^{10,15–19,34–36} όπως διαπιστώθηκε στην προηγούμενη παράγραφο. Η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο να διερευνήσει την ποιότητα ζωής και τις ανικανοποίητες ανάγκες για υγειονομική φροντίδα στον πληθυσμό.

Οι επί μέρους στόχοι και τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης ήταν: (α) Η διερεύνηση των ανικανοποίητων ιατρικών αναγκών των πολιτών και των αιτίων που οδηγούν σε αυτές, (β) η αποτίμηση της ποιότητας ζωής η οποία σχετίζεται με την υγεία και (γ) η αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ των ανικανοποίητων ιατρικών αναγκών και της ποιότητας ζωής που συνδέεται με την υγεία.

Το πρώτο τμήμα της μελέτης εξετάζει την ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία, με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη γενική κατάσταση υγείας του δείγματος. Το δεύτερο τμήμα εξετάζει την ικανοποίηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού και τους βασικούς λόγους για τους οποίους ορισμένες ανάγκες υγείας παραμένουν ανικανοποίητες. Επί πλέον, διερευνάται η σχέση μεταξύ των ανικανοποίητων αναγκών υγείας και της επιδείνωσης της ποιότητας ζωής που συνδέεται με την υγεία. Τέλος, η μελέτη καταλήγει σε ευρήματα που αφορούν στις ανισότητες στην υγεία μεταξύ διαφορετικών κοινωνικών ομάδων και στις επιπτώσεις τους στο ελληνικό σύστημα υγείας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Σχεδιασμός της μελέτης και πληθυσμός

Το δείγμα αποτέλεσε μεγάλο και αντιπροσωπευτικό τμήμα του

πληθυσμού, γεγονός που διασφαλίζει τη στατιστική εγκυρότητα και τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στους πολίτες τόσο σε έντυπη μορφή όσο και σε ψηφιακή μορφή (μέσω της πλατφόρμας Google Forms), προκειμένου να διευκολυνθεί η προσβασιμότητα και η συμμετοχή. Η συλλογή των δεδομένων έλαβε χώρα από τις 30 Ιανουαρίου 2024 έως τις 9 Απριλίου 2024, με τη βοήθεια της δειγματοληψίας ευκολίας, ώστε να επιτραπεί η συμμετοχή του μεγαλύτερου αριθμού παρατηρήσεων. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων περιλάμβαναν την ηλικία, το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, την εργασιακή κατάσταση και την κατάσταση υγείας, προκειμένου τα αποτελέσματα να μπορούν να αναλυθούν σε σχέση με τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες.

Εργαλεία μέτρησης και διαδικασία συλλογής πρωτογενών δεδομένων

Για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης αξιοποιήθηκε τόσο η διεθνής όσο και η ελληνική βιβλιογραφία για την υποστήριξη του θεωρητικού πλαισίου, ενώ τα εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν περιλάμβαναν την κλίμακα EuroQol-5Dimensions-5Levels (EQ-5D-5L) και ένα ειδικό ερωτηματολόγιο καταγραφής ανικανοποίητων αναγκών υγειονομικής φροντίδας. Η κλίμακα EQ-5D-5L, η οποία έχει μεταφραστεί και επικυρωθεί στην ελληνική γλώσσα,^{20,21} είναι ευρέως αναγνωρισμένη για την αξιοπιστία και την εγκυρότητά της στην αποτίμηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία, καθώς αξιολογεί πέντε διαστάσεις: «Κινητικότητα», «αυτοεξυπηρέτηση», «συνήθειες δραστηριότητες», «πόνος/δυσφορία» και «άγχος/κατάθλιψη», σε πέντε επίπεδα βαρύτητας.

Για την αποτίμηση των ανικανοποίητων αναγκών του πληθυσμού χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο που έχει αναπτυχθεί από προγενέστερη έρευνα¹⁹ και έχει ήδη εφαρμοστεί στον ελληνικό πληθυσμό. Το εργαλείο αυτό καταγράφει τους λόγους για τους οποίους οι πολίτες δεν έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, εστιάζοντας σε εμπόδια όπως το κόστος, η έλλειψη διαθέσιμου χρόνου και η γεωγραφική απόσταση, ενώ περιλαμβάνει και ερωτήσεις σχετικά με την αυτοαντιλαμβανόμενη κατάσταση υγείας των συμμετεχόντων.

Στατιστική ανάλυση

Τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη βοήθεια του λογισμικού προγράμματος Statistical Package for Social Sciences (SPSS), έκδοση 29.0. Αρχικά, έγινε χρήση περιγραφικής στατιστικής για τον προσδιορισμό των βασικών δημογραφικών χαρακτηριστικών και των απαντήσεων του δείγματος. Για την επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών «φύλο», «ηλικία», «εκπαιδευτικό επίπεδο» και «εργασία» στις απαντήσεις του ερωτηματολογίου των μη ικανοποιούμενων αναγκών υγείας εφαρμόστηκε η δοκιμασία ανεξαρτησίας χ^2 . Στη συνέχεια, εξετάστηκε η επίδραση των χρόνιων νοσημάτων σε αυτές. Η εξέταση πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια του t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων με εξαρτημένη μεταβλητή τις παραμέτρους της ποιότητας ζωής και την κατάσταση της υγείας και ανεξάρτητες την ύπαρξη συγκεκριμένης πάθησης. Επίσης,

εξετάστηκε η επίδραση της αυτοαναφερόμενης κατάστασης υγείας κατανεμημένης σε δύο κατηγορίες (καλή και κακή) στις ερωτήσεις του δεύτερου τμήματος του ερωτηματολογίου. Στις εν λόγω αναλύσεις το όριο σημαντικότητας alpha ήταν ίσο με 5% ή τιμή $p=0,05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Το δείγμα της μελέτης (πίν. 1) χαρακτηρίστηκε από πλειοψηφία γυναικών (72,9%) και σχεδόν καθολική ελληνική υπηκοότητα (99,2%). Οι ηλικιακές ομάδες των 18–34 ετών και 35–49 ετών συγκέντρωναν το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετεχόντων (66,5%), ενώ παρατηρήθηκε υψηλό μορφωτικό επίπεδο, με το 79,9% να διαθέτει πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Η πλειονότητα ήταν έγγαμοι (57,2%), διέμεναν σε περιοχή της περιφέρειας (52,2%) και βρίσκονταν σε ενεργή απασχόληση (78,9%), ενώ το 71,8% δήλωσε κάλυψη από δημόσιο φορέα υγειονομικής ασφάλισης.

Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται οι αυτοαναφερόμενες απαντήσεις των συμμετεχόντων στις πέντε διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Η πλειονότητα δεν ανέφερε προβλήματα στην κινητικότητα, στην αυτοεξυπηρέτηση και στις καθημερινές δραστηριότητες. Αντίθετα, υψηλά ποσοστά δυσκολιών καταγράφηκαν στις διαστάσεις του «πόνου/δυσφορίας» και κυρίως του «άγχους/κατάθλιψης», με την τελευταία να συνιστά το συχνότερο αναφερόμενο πρόβλημα.

Όπως παρουσιάζεται στον πίνακα 3, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά σχετίζονταν σημαντικά με τις ανικανοποίητες ανάγκες και τα εμπόδια πρόσβασης στην υγειονομική φροντίδα. Η εργασιακή κατάσταση, το φύλο, η ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο αναδείχθηκαν ως καθοριστικοί παράγοντες. Οι συνταξιούχοι ανέφεραν συχνότερα ανικανοποιήτες ανάγκες, ενώ οι γυναίκες επηρεάζονταν περισσότερο από το κόστος, κυρίως όσον αφορά στη γυναικολογική φροντίδα. Ηλικιωμένοι και άτομα με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο ανέφεραν εμπόδια σχετιζόμενα με τη γεωγραφική απόσταση, την παραμέληση και τη δυσκολία στην αναζήτηση βοήθειας.

Μεταξύ των συμμετεχόντων, οι λόγοι μη ικανοποίησης ιατρικής ανάγκης κατανεμήθηκαν σε τρεις βασικές διαστάσεις: «Προσβασιμότητα», «διαθεσιμότητα» και «αποδοχή». Στη διάσταση της «προσβασιμότητας», το σημαντικότερο εμπόδιο ήταν το κόστος, το οποίο αναφέρθηκε από 144 άτομα (47,7%), ενώ ακολουθούσαν η έλλειψη κοινωνικής ασφάλισης με 85 αναφορές (28,1%) και η μεγάλη απόσταση από τις διαθέσιμες υπηρεσίες με 73 αναφορές (24,2%). Όσον αφορά στη «διαθεσιμότητα», η πολύ μεγάλη αναμονή αποτέλεσε τον κυριότερο ανα-

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα (n=712).

		n	%
Φύλο	Άρρεν	193	27,1
	Θήλυ	519	72,9
Ηλικία (έτη)	<35	214	30,1
	35–49	259	36,4
	50–64	180	25,3
	>65	59	8,3
Υπηκοότητα	Ελληνική	706	99,2
	Άλλη	6	0,8
Μορφωτικό επίπεδο	Βασική εκπαίδευση (Δημοτικό-Γυμνάσιο)	22	3,1
	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	121	17,0
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση (ΑΕΙ, ΤΕΙ)	569	79,9
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος(η)	242	34,0
	Έγγαμος(η)	407	57,2
	Διαζευγμένος(η)	49	6,9
	Χήρος(α)	14	2,0
Επαγγελματική κατάσταση	Απασχολούμενος(η)	562	78,9
	Μαθητής/σπουδαστής/φοιτητής(τρια)	37	5,2
	Συνταξιούχος	75	10,5
	Άνεργος(η)	29	4,1
	Δεν επιθυμώ να απαντήσω	9	1,3
Τόπος διαμονής	Πόλη της περιφέρειας ή χωριό	372	52,2
	Μεγάλη πόλη – αστικό κέντρο	334	46,9
	Χώρα του εξωτερικού	6	0,8
Ασφαλιστική κατάσταση	Ανασφάλιστος(η)	21	2,9
	Δημόσια	511	71,8
	Δημόσια και ιδιωτική	88	12,4
	Ιδιωτική	92	12,9
Αριθμός παιδιών	0	307	43,1
	1	74	10,4
	2	200	28,1
	3	100	14,0
	4	31	4,4

n: Συνολικός αριθμός συμμετεχόντων, n%: Ποσοστό επί του συνολικού δείγματος (n=712). Οι κατηγορίες είναι αυτοαναφερόμενες από τους συμμετέχοντες. Η ένδειξη «Δημόσια και ιδιωτική ασφάλιση» αφορά σε άτομα που καλύπτονται τόσο από δημόσια όσο και από ιδιωτικά ασφαλιστικά σχήματα

ΑΕΙ, ΤΕΙ: Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

σταλτικό παράγοντα, με 160 συμμετέχοντες (53,0%) να την αναφέρουν, ενώ η απουσία της απαιτούμενης υπηρεσίας όταν ήταν αναγκαία καταγράφηκε σε 97 περιπτώσεις (32,1%). Τέλος, στη διάσταση της «αποδοχής», η πλέον

Πίνακας 2. Κατανομή απαντήσεων στις διαστάσεις της ποιότητας ζωής.

	Χωρίς πρόβλημα		Μικρό πρόβλημα		Μέτριο πρόβλημα		Σοβαρό πρόβλημα		Υπερβολικό πρόβλημα	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Κινητικότητα	583	81,9	92	12,9	29	4,1	8	1,1	0	0,0
Αυτοεξυπηρέτηση	689	96,8	15	2,1	7	1,0	1	0,1	0	0,0
Καθημερινές δραστηριότητες	592	83,1	91	12,8	22	3,1	7	1,0	0	0,0
Πόνος/δυσφορία	406	57,0	229	32,2	64	9,0	13	1,8	0	0,0
Άγχος/θλίψη	134	18,8	291	40,9	231	32,4	40	5,6	16	2,2

n: Συνολικός αριθμός συμμετεχόντων που απάντησαν σε κάθε διάσταση της ποιότητας ζωής, %: Ποσοστό συμμετεχόντων ανά κατηγορία απάντησης

Πίνακας 3. Επίδραση δημογραφικών χαρακτηριστικών στις μη ικανοποιούμενες ανάγκες υγείας και τα εμπόδια πρόσβασης.

	Φύλο	Ηλικία	Εκπαιδευτικό επίπεδο	Εργασία
Μη ικανοποιούμενες ανάγκες υγείας	0,080	0,002	<0,001	<0,001
Κόστος	0,012	0,960	0,388	0,237
Κάλυψη κοινωνικής ασφάλισης	0,992	0,083	0,127	0,015
Απόσταση	0,242	<0,001	<0,001	<0,001
Πολύ μεγάλη αναμονή	0,632	0,163	0,960	0,743
Η επαγγελματική βοήθεια δεν είναι διαθέσιμη όταν απαιτείται	0,122	0,120	0,278	0,011
Υπερβολικά απασχολημένος	0,728	0,004	0,025	0,008
Δεν ήξερα πού να λάβω βοήθεια	0,626	0,026	0,01	0,084
Δεν εμπιστεύομαι τους ιατρούς/υπηρεσίες	0,059	0,216	0,994	0,052
Αμέλεια	0,060	0,012	0,102	<0,001
Άλλο	0,734	0,642	0,242	0,069
Παθολόγος	0,396	0,989	0,159	0,157
Ογκολόγος	0,672	0,002	0,325	0,058
Ορθοπαιδικός	0,839	0,273	0,091	0,146
Παιδίατρος	0,563	0,544	0,53	0,397
Οφθαλμίατρος	0,057	0,02	0,079	0,003
Οδοντίατρος	0,855	0,317	0,378	0,487
Γυναικολόγος	<0,001	0,532	0,441	0,378
Άλλο	<0,001	0,003	0,004	<0,001

Η πλάγια γραφή υποδηλώνει στατιστικά σημαντικές επιδράσεις ($p < 0,05$)

συχνή αιτία αναφερόταν στο ότι οι συμμετέχοντες ήταν υπερβολικά απασχολημένοι για να αναζητήσουν φροντίδα (105 άτομα, 34,8%), ακολουθούμενη από την αμέλεια (68 άτομα, 22,5%), την επιλογή «άλλο» (48 άτομα, 15,9%), την άγνοια για το πού να απευθυνθούν (38 άτομα, 12,6%) και την έλλειψη εμπιστοσύνης στους ιατρούς ή στις υπηρεσίες υγείας (34 άτομα, 11,3%).

Στον πίνακα 4 παρουσιάζεται η διαφοροποίηση στις διαστάσεις της ποιότητας ζωής ανάλογα με την παρουσία χρόνιων νοσημάτων. Τα μυοσκελετικά προβλήματα συνοδεύονταν από υψηλές βαθμολογίες δυσκολίας τόσο στην

κινητικότητα (μέσος όρος [ΜΟ]=3,2) όσο και στον πόνο (ΜΟ=3,5), ενώ αντίστοιχη εικόνα παρατηρήθηκε και στα καρδιαγγειακά νοσήματα. Τα άτομα με ψυχιατρικά νοσήματα εμφάνισαν εντονότερα συμπτώματα άγχους/κατάθλιψης (ΜΟ=3,8), καταγράφοντας τη μεγαλύτερη επιβάρυνση στη συγκεκριμένη διάσταση. Ιδιαίτερα επιβαρυνμένη ήταν και η συνολική κατάσταση υγείας στους συμμετέχοντες με κακοήθειες, με μέσο όρο 48,2 στην οπτική αναλογική κλίμακα (VAS).

Στον πίνακα 5 καταγράφεται η συσχέτιση μεταξύ της αυτοαναφερόμενης κατάστασης υγείας και της εμφάνισης

Πίνακας 4. Επίδραση των χρόνιων νοσημάτων στις διαστάσεις της ποιότητας ζωής.

Νόσημα	Κινητικότητα	Αυτοεξυπηρέτηση	Καθημερινές δραστηριότητες	Πόνος	Άγχος	Κατάσταση υγείας
<i>Μυοσκελετικό</i>						
Όχι	1,16±0,44	1,02±0,19	1,14±0,42	1,46±0,65	2,31±0,92	84,8±14,88*
Ναι	2,05±0,98*	1,22±0,52*	1,92±0,89*	2,51±0,83*	2,35±0,89	76,34±14,86
<i>Αναπνευστικό</i>						
Όχι	1,23±0,56	1,03±0,21	1,2±0,52	1,54±0,72	2,29±0,9	84,12±15,18*
Ναι	1,53±0,73	1,2±0,61*	1,5±0,68*	2,0±0,91*	2,32±0,92	81,83±12,07
<i>Καρδιολογικό</i>						
Όχι	1,19±0,48	1,02±0,17	1,17±0,44	1,52±0,71	2,3±0,92	84,77±14,63*
Ναι	1,98±1,01	1,27±0,64*	1,86±1,02*	1,98±0,9*	2,51±0,89	73,92±17,29
<i>Ψυχιατρικό</i>						
Όχι	1,24±0,57	1,04±0,24	1,21±0,53	1,55±0,73	2,29±0,9	84,35±14,99*
Ναι	1,11±0,32	1,06±0,24	1,28±0,58	1,89±0,68	3,44±0,78†	71,39±12,7
<i>Σακχαρώδης διαβήτης</i>						
Όχι	1,22±0,54	1,03±0,22	1,2±0,49	1,54±0,73	2,32±0,92	84,42±14,77*
Ναι	1,88±0,97*	1,24±0,6*	1,76±1,05*	1,88±0,73*	2,32±0,9	73,12±19,04
<i>Κακοήθεια</i>						
Όχι	1,23±0,57	1,04±0,24	1,21±0,53	1,54±0,73	2,3±0,91	84,42±14,39*
Ναι	1,58±0,67*	1,25±0,45	1,58±0,67	2,33±0,78*	3,0±0,95*	61,25±30,47
<i>Αυτοάνοσο</i>						
Όχι	1,22±0,55	1,04±0,25	1,19±0,51	1,48±0,67	2,27±0,91	84,65±15,2
Ναι	1,35±0,64	1,05±0,21	1,33±0,61	1,96±0,91	2,55±0,91	80,59±13,89
<i>Άλλο</i>						
Όχι	1,22±0,55	1,04±0,23	1,2±0,51	1,53±0,71	2,31±0,92	84,35±14,94
Ναι	1,5±0,75*	1,11±0,38	1,43±0,78	1,89±0,99	2,37±0,95	79,28±16,24

Οι τιμές παρουσιάζονται ως μέσος όρος±τυπική απόκλιση. Το σύμβολο «*» υποδηλώνει στατιστικά σημαντική διαφορά με $p<0,05$. Οι διαστάσεις περιλαμβάνουν την «κινητικότητα», την «αυτοεξυπηρέτηση», τις «καθημερινές δραστηριότητες», τον «πόνον» και το «άγχος», με βαθμολόγηση σε κλίμακα από 0 (καμιά δυσκολία) έως 5 (ακραία δυσκολία), καθώς και τη «συνολική κατάσταση υγείας», η οποία βαθμολογείται σε κλίμακα από 0 (χειρότερη δυνατή υγεία) έως 100 (καλύτερη δυνατή υγεία)

ανικανοποίητων αναγκών και εμποδίων πρόσβασης. Οι συμμετέχοντες που αξιολόγησαν την υγεία τους ως κακή είχαν σημαντικά αυξημένες πιθανότητες να αναφέρουν ανικανοποίητες ανάγκες υγειονομικής φροντίδας (σχετικός λόγος [odds ratio, OR]=4,25). Ειδικότερα, αναφέρθηκαν συχνότερα εμπόδια που σχετιζόνταν με τη γεωγραφική απόσταση (OR=3,69) και την παραμέληση (OR=2,72), ενώ τα ίδια άτομα ήταν επίσης πιθανότερο να δηλώσουν έλλειψη εμπιστοσύνης προς το ιατρικό σύστημα (OR=4,29) ή απουσία διαθέσιμης ογκολογικής φροντίδας (OR=7,72). Αντίθετα, στους συμμετέχοντες με καλή υγεία καταγράφηκε μεγαλύτερη πιθανότητα αναφοράς έλλειψης επαγγελματικής βοήθειας κατά τον χρόνο ανάγκης, χωρίς όμως στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη ανέδειξε σημαντικές διαφορές στην πρόσβαση και στην ποιότητα των υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας μεταξύ διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών ομάδων του πληθυσμού. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ορισμένοι δημογραφικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, όπως το φύλο, το εισόδημα και η παρουσία χρόνιων νοσημάτων, επηρεάζουν σημαντικά την πιθανότητα ύπαρξης ανικανοποίητων αναγκών υγειονομικής φροντίδας. Η τάση αυτή συνάδει με πρόσφατες συστηματικές ανασκοπήσεις,²² οι οποίες καταδεικνύουν την έντονη επικράτηση ανικανοποίητων αναγκών υγείας μεταξύ των χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών ομάδων σε χώρες της νοτιοανατο-

Πίνακας 5. Επίδραση κατάστασης υγείας.

Αναφερόμενα εμπόδια πρόσβασης κατά αιτία και ιατρικές ειδικότητες		Κατάσταση υγείας		OR (95% LCL–UCL)	p
		Καλή	Κακή		
Μη ικανοποιούμενες ανάγκες υγείας	Όχι	358	16	4,254 (2,834–7,593)	<0,001 [†]
	Ναι	284	54		
Κόστος	Όχι	518	50	1,671 (0,960–2,909)	0,067
	Ναι	124	20		
Κάλυψη κοινωνικής ασφάλισης	Όχι	568	59	1,431 (0,719–2,847)	0,305
	Ναι	74	11		
Απόσταση	Όχι	587	52	3,694 (2,021–6,752)	<0,001 [†]
	Ναι	55	18		
Πολύ μεγάλη αναμονή	Όχι	504	48	1,674 (0,977–2,868)	0,059
	Ναι	138	22		
Η επαγγελματική βοήθεια δεν είναι διαθέσιμη όταν απαιτείται	Όχι	550	65	0,460 (0,180–1,173)	0,096
	Ναι	92	5		
Υπερβολικά απασχολημένος	Όχι	549	58	1,221 (0,632–2,361)	0,552
	Ναι	93	12		
Δεν ήξερα πού να λάβω βοήθεια	Όχι	612	62	2,632 (1,156–5,991)	0,017 [†]
	Ναι	30	8		
Δεν εμπιστεύομαι τους ιατρούς/υπηρεσίες	Όχι	618	60	4,292 (1,960–9,398)	<0,011 [†]
	Ναι	24	10		
Αμέλεια	Όχι	588	56	2,722 (1,423–5,207)	0,002 [†]
	Ναι	54	14		
Άλλο	Όχι	601	63	1,629 (0,701–3,782)	0,252
	Ναι	41	7		
Παθολόγος	Όχι	577	58	1,837 (0,938–3,598)	0,073
	Ναι	65	12		
Ογκολόγος	Όχι	637	66	7,721 (2,024–29,548)	<0,001 [†]
	Ναι	5	4		
Ορθοπαιδικός	Όχι	601	57	3,343 (1,693–6,602)	<0,001 [†]
	Ναι	41	13		
Παιδίατρος	Όχι	637	69	1,846 (0,213–16,032)	0,572
	Ναι	5	1		
Οφθαλμίατρος	Όχι	599	64	1,306 (0,535–3,187)	0,557
	Ναι	43	6		
Οδοντίατρος	Όχι	597	65	1,021 (0,391–2,662)	0,967
	Ναι	45	5		
Γυναικολόγος	Όχι	597	63	1,474 (0,638–3,406)	0,361
	Ναι	45	7		
Άλλο	Όχι	542	40	4,065 (2,419–6,832)	<0,001 [†]
	Ναι	100	30		

Η ένδειξη (95% LCL–UCL) αφορά στα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (confidence intervals), όπου LCL: Lower confidence limit (κατώτερο όριο εμπιστοσύνης) και UCL: Upper confidence limit (ανώτερο όριο εμπιστοσύνης)

Το σύμβολο † υποδηλώνει στατιστικά σημαντική διαφορά με $p < 0,05$. Τα αποτελέσματα προέρχονται από μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης, τα οποία συγκρίνουν την πιθανότητα αναφοράς ανικανοποίητων αναγκών υγειονομικής φροντίδας και εμποδίων πρόσβασης μεταξύ των δύο ομάδων

λικής Ευρώπης, περιλαμβανομένης της Ελλάδας. Παρά τις διαφορές στο επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών, οι εν λόγω ανισότητες παραμένουν σημαντικές και υπογραμμίζουν την ανάγκη λήψης μέτρων για τη μείωση των δαπανών υγείας. Στην παρούσα μελέτη, οι γυναίκες και τα άτομα με χαμηλότερα εισοδήματα είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν εμπόδια στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, με το κόστος και τη γεωγραφική απόσταση να αναδεικνύονται ως οι κυριότεροι λόγοι για τις ανικανοποίητες ανάγκες υγειονομικής φροντίδας.

Όσον αφορά στα ειδικότερα αποτελέσματα της μελέτης, το 90% των συμμετεχόντων αξιολόγησαν τη γενική κατάσταση υγείας τους ως καλή έως πολύ καλή, ενώ μόνο το 10% ανέφερε μέτρια ή κακή υγεία. Ωστόσο, η παρουσία χρόνιου νοσήματος είχε αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής, ιδιαίτερα στη διάσταση του «άγχους/κατάθλιψης», όπου το 32% ανέφερε μέτρια προβλήματα και το 6% σοβαρά προβλήματα. Τα προβλήματα στις διαστάσεις της «κινητικότητας», της «αυτοεξυπηρέτησης» και των «καθημερινών δραστηριοτήτων» ήταν λιγότερο διαδεδομένα. Επί πλέον, οι γυναίκες ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα άγχους/κατάθλιψης και πόνου/δυσφορίας σε σύγκριση με τους άνδρες, ενώ οι μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες παρουσίασαν περισσότερα προβλήματα στη σωματική λειτουργικότητα.

Η παρούσα μελέτη επιβεβαιώνει επίσης προηγούμενα διεθνή ευρήματα σχετικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με τις ανικανοποίητες ανάγκες υγείας και τη χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Σε ευρωπαϊκές μελέτες,^{14,23} η ηλικία διαπιστώθηκε ότι συνιστά αρνητικό προβλεπτικό παράγοντα, με τους ηλικιωμένους να βιώνουν περισσότερους περιορισμούς και να σημειώνουν χαμηλότερες βαθμολογίες στις κλίμακες ποιότητας ζωής. Επί πλέον, άλλες μελέτες τονίζουν τη σημασία του φύλου, με τις γυναίκες να αναφέρουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής – ευρήματα που συμφωνούν με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης.^{13,14} Τα αποτελέσματά μας συνάδουν επίσης με ευρήματα από άλλες ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Ιταλία,²⁴ όπου παράγοντες όπως το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η ανεργία και η παρουσία χρόνιων νοσημάτων συνδέονται με χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Μια άλλη μελέτη²² αναδεικνύει ότι η ηλικία και τα χρόνια νοσήματα συνιστούν σημαντικούς αρνητικούς προβλεπτικούς παράγοντες για την κάλυψη των αναγκών υγειονομικής φροντίδας στη νοτιοανατολική Ευρώπη, περιλαμβανομένης της Ελλάδας, υποστηρίζοντας περαιτέρω τα ευρήματά μας σχετικά με τις αυξημένες ανάγκες υγειονομικής φροντίδας στις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες. Παρομοίως, έρευνα από την Ολλανδία έχει δείξει ότι διαστάσεις όπως ο πόνος, η δυσφορία, το άγχος και η κατάθλιψη συνιστούν σημαντικές πηγές προβλημάτων για τις γυναίκες, επιβεβαιώνοντας τα δικά μας αποτελέσματα.²⁵

Όσον αφορά στις ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρική φροντίδα, η παρούσα μελέτη συμφώνησε με προηγούμενες ελληνικές μελέτες,^{26,34} οι οποίες αναφέρουν υψηλά ποσοστά ανικανοποίητων αναγκών. Παράγοντες όπως το υψηλό κόστος και οι μεγάλες λίστες αναμονής αναφέρονται ως τα κύρια εμπόδια για την κάλυψη των συγκεκριμένων αναγκών, επιβεβαιώνοντας τα ευρήματα προηγούμενων μελετών στην Ελλάδα.^{26–29,34} Η αυξητική τάση στις ανικανοποίητες ανάγκες από το 2010, η οποία ανέρχεται έως και στο 47%, ενδεχομένως αντανάκλα τους οικονομικούς περιορισμούς και την επίδραση της πανδημίας COVID-19, η οποία επηρέασε την πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, η Ελλάδα παρουσιάζει υψηλότερα ποσοστά ανικανοποίητων αναγκών σε σύγκριση με χώρες όπως η Αυστρία και η Σερβία, όπου οι μελέτες αναφέρουν ποσοστά από 4,6–14,9%,^{8,30} γεγονός που αναδεικνύει τις ιδιαίτερες προκλήσεις του ελληνικού συστήματος υγείας. Επί πλέον, στην παρούσα μελέτη, τα άτομα με χρόνια νοσήματα και κακή κατάσταση υγείας είχαν αυξημένες πιθανότητες να αναφέρουν ανικανοποίητες ανάγκες, εύρημα που συνάδει με άλλες ευρωπαϊκές μελέτες.^{31,32} Τα αποτελέσματα αυτά υπογραμμίζουν τις μεγάλες προκλήσεις που αντιμετωπίζει το ελληνικό σύστημα υγείας για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού, με το κόστος και τις μεγάλες λίστες αναμονής να αποτελούν τα κυριότερα εμπόδια. Τα δεδομένα αναδεικνύουν την επιτακτική ανάγκη για την εφαρμογή πολιτικών που στοχεύουν στη βελτίωση της προσβασιμότητας και της διαθεσιμότητας των υπηρεσιών υγείας, με ιδιαίτερη έμφαση στις ευάλωτες ομάδες, προκειμένου να προαχθεί η ισότητα στην υγεία.

Παρά τα σημαντικά ευρήματα της παρούσας μελέτης, ορισμένοι περιορισμοί πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Βασικός περιορισμός της έρευνας ήταν η μεθοδολογία συλλογής των δεδομένων. Πιο συγκεκριμένα, η μέθοδος της δειγματοληψίας ευκολίας είναι γνωστή για τις μεροληψίες που περιέχει, γεγονός το οποίο επιτρέπει την αμφισβήτηση των αποτελεσμάτων ως προς την ικανότητα γενίκευσής τους.³⁷ Για παράδειγμα, στην έρευνά μας το 73% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες και η πλειονότητα του δείγματος (περίπου το 80%) ήταν πτυχιούχοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, στοιχεία που υποδηλώνουν πιθανή υπερεκπροσώπηση ορισμένων κοινωνικών ομάδων, γεγονός το οποίο θα μπορούσε να επηρεάσει τις εκτιμήσεις για την ποιότητα ζωής και τις ανικανοποίητες ανάγκες υγειονομικής φροντίδας. Δεύτερον, τα δεδομένα σχετικά με την κατάσταση υγείας και την ποιότητα ζωής ενδέχεται να περιέχουν υποκειμενικά στοιχεία, τα οποία μπορεί να επηρεάζονται από τις προσωπικές αντιλήψεις και τις εμπειρίες των συμμετεχόντων. Τρίτον, η ηλικιακή κατανομή του δείγματος – με το 66% να είναι <50 ετών, το

36% από 50–64 ετών, και μόλις το 8% >65 ετών— ενδέχεται να περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων στους ηλικιωμένους, οι οποίοι συχνά εμφανίζουν μεγαλύτερες ανικανοποίητες ανάγκες φροντίδας υγείας και χαμηλότερη ποιότητα ζωής.

Σε επίπεδο προτάσεων που αφορούν στη βελτίωση του συστήματος υγείας και στην προώθηση της ισότιμης πρόσβασης, αρχικά, είναι αναγκαία η αύξηση της δημόσιας χρηματοδότησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), με στοχευμένες μεταρρυθμίσεις, όπως η ενίσχυση των προϋπολογισμών υγείας σε περιφερειακό επίπεδο και η βελτιστοποίηση της κατανομής των πόρων. Η ενίσχυση της ΠΦΥ μπορεί να συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών και στη μείωση του φόρτου των νοσοκομείων, παρέχοντας φροντίδα πλησίον του τόπου διαμονής, ιδιαίτερα για ευάλωτες ομάδες, όπως οι ηλικιωμένοι και τα άτομα με χρόνια νοσήματα. Η έκθεση “Europe Sustainable Development Report 2023/24” υποστηρίζει επίσης την ισότιμη πρόσβαση και την ενίσχυση των τοπικών δομών υγείας ως βασικές στρατηγικές για τη μείωση των ανικανοποίητων αναγκών και την επίτευξη των στόχων βιώσιμης ανάπτυξης (SDGs), ιδίως σε απομακρυσμένες περιοχές με περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.³³ Ακόμα, η εισαγωγή ψηφιακών τεχνολογιών, όπως η Τηλεϊατρική και οι ηλεκτρονικοί ιατρικοί φάκελοι, μπορεί να αυξήσουν την αποδοτικότητα, μειώνοντας τους χρόνους αναμονής και διευκολύνοντας την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Επί πλέον, η δημιουργία εξειδικευμένων ομάδων για τη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων και

την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης θα μπορούσε να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ατόμων με αυξημένες ανάγκες φροντίδας.

Συνοψίζοντας, το ελληνικό σύστημα υγείας φαίνεται ότι αδυνατεί να καλύψει επαρκώς τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, με την υγειονομική και οικονομική κρίση να αποκαλύπτουν σοβαρές ανεπάρκειες και να επιτείνουν τις ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Η παρούσα μελέτη διαπίστωσε ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων στην Ελλάδα ως προς την πρόσβαση και την ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας, με το φύλο, το εισόδημα και την ύπαρξη χρόνιων νοσημάτων να συνιστούν τους κύριους προσδιοριστικούς παράγοντες των ανικανοποίητων αναγκών υγείας. Το υψηλό κόστος και οι μεγάλες λίστες αναμονής αναδείχθηκαν ως τα βασικά εμπόδια, τα οποία επηρεάζουν δυσανάλογα τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Η κατάσταση αυτή αναδεικνύει την επιτακτική ανάγκη για ισχυρότερες και πλέον στοχευμένες παρεμβάσεις, με σκοπό την αντιμετώπιση των εν λόγω ανισοτήτων. Στοχευμένα μέτρα πολιτικής, όπως η αύξηση της δημόσιας χρηματοδότησης, η ενίσχυση της ΠΦΥ και η εισαγωγή ψηφιακών τεχνολογιών, είναι απαραίτητα για την αντιμετώπιση των συγκεκριμένων προκλήσεων και την προώθηση της ισότητας στην υγεία. Μελλοντική έρευνα θα πρέπει να διερευνήσει περαιτέρω την επίδραση των συστημικών και οικονομικών παραγόντων στην πρόσβαση και στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, προκειμένου να παραχθούν τεκμηριωμένα στοιχεία για δίκαιες και βιώσιμες βελτιώσεις στο σύστημα υγείας.

ABSTRACT

Unmet health needs and socioeconomic inequalities in Greece: Barriers to access and (their) impact on quality of life

C. LIACHNIS, G. FRAGKIADAKIS

*School of Social Sciences, Postgraduate Course “Health Care Management”,
Hellenic Open University, Patras, Greece*

Archives of Hellenic Medicine 2026, 43(6):742–752

OBJECTIVE To investigate socioeconomic inequalities in access to healthcare and quality of life in Greece, focusing on the factors associated with unmet healthcare needs. **METHOD** A quantitative analysis was conducted on a sample of 712 individuals from the general population. Quality of life was assessed using the EQ-5D-5L instrument, while unmet healthcare needs were recorded through a structured questionnaire. Data collection took place between January and April 2024. **RESULTS** A total of 47% of participants reported at least one unmet healthcare need. The main reasons were cost (20.2%) and long waiting lists (22.5%). Women, retirees, individuals with lower education, and those with chronic illnesses were more likely to report barriers to access. Psychological distress was highly prevalent: 81.2% reported some level of anxiety/depression, while 43% experienced pain or discomfort. Poor self-reported health was strongly associated with access barriers (e.g., odds ratio [OR] for distance=3.69, $p<0.001$). Additionally, individuals with poor health were more likely to distrust the healthcare system (OR=4.29, $p=0.011$) and to report lack

of access to oncology care (OR=7.72, $p<0.001$). **CONCLUSIONS** The findings confirm that socioeconomic inequalities disproportionately affect access to healthcare services in Greece. Targeted policy measures –such as increasing public funding, strengthening primary healthcare, and adopting digital technologies– are essential to address these challenges and promote health equity and sustainable development.

Key words: Greece, Health equity, Health services accessibility, Quality of life, Unmet healthcare needs

Βιβλιογραφία

1. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT/EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Greece: Country health profile 2021, state of health in the EU. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2021. Available at: <https://doi.org/10.1787/4ab8ea73-en>
2. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT/EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Greece: Country health profile 2023, state of health in the EU. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2023. Available at: <https://doi.org/10.1787/dd530c3e-en>
3. GHAILANI D, PEÑA-CASAS R, COSTER S, REGAZZONI P. Access to social protection for young people: An analysis of policies in 35 countries. European Social Policy Network (ESPN), Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2022. Available at: <https://www.ose.be/index.php/publication/access-social-protection-young-people>
4. DAS-MUNSHI J, BAKOLIS I, BÉCARES L, DASCH HK, DYER J, HOTOPF M ET AL. Long-term mortality trends in people with severe mental illnesses and how COVID-19, ethnicity and other chronic mental health comorbidities contributed: A retrospective cohort study. *Psychol Med* 2024, 54:1–11
5. BAMBRA C, RIORDAN R, FORD J, MATTHEWS F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health* 2020, 74:964–968
6. ARNAULT L, JUSOT F, RENAUD T. Economic vulnerability and unmet healthcare needs among the population aged 50+ years during the COVID-19 pandemic in Europe. *Eur J Ageing* 2021, 19:811–825
7. SMOLIĆ Š, ČIPIN I, MEĐIMUREC P. Access to healthcare for people aged 50+ in Europe during the COVID-19 outbreak. *Eur J Ageing* 2021, 19:793–809
8. TADIRI CP, GISINGER T, KAUTZKY-WILLER A, KUBLICKIENE K, HERRERO MT, NORRIS CM ET AL. Determinants of perceived health and unmet healthcare needs in universal healthcare systems with high gender equality. *BMC Public Health* 2021, 21:1488
9. CONNOLLY S, WREN MA. Unmet healthcare needs in Ireland: Analysis using the EU-SILC survey. *Health Policy* 2017, 121:434–444
10. PAPPAS E, KONTODIMOPOULOS N, PAPADOPOULOS A, TOUNTAS Y, NIAKAS D. Investigating unmet health needs in primary health care services in a representative sample of the Greek population. *Int J Environ Res Public Health* 2013, 10:2017–2027
11. CHAUPAIN-GUILLOT S, GUILLOT O. Health system characteristics and unmet care needs in Europe: An analysis based on EU-SILC data. *Eur J Health Econ* 2015, 16:781–796
12. TAMSON M, REILE R, SOKUROVA D, INNOS K, NURK E, LAIDRA K ET AL. Health-related quality of life and its socio-demographic and behavioural correlates during the COVID-19 pandemic in Estonia. *Int J Environ Res Public Health* 2022, 19:9060
13. FERREIRA LN, PEREIRA LN, DA FÉ BRÁS M, ILCHUK K. Quality of life under the COVID-19 quarantine. *Qual Life Res* 2021, 30:1389–1405
14. VAN WILDER L, DEVLEESSCHAUWER B, CLAYS E, DE BUYSER S, VAN DER HEYDEN J, CHARAFEDDINE R ET AL. The impact of multimorbidity patterns on health-related quality of life in the general population: Results of the Belgian Health Interview Survey. *Qual Life Res* 2022, 31:551–565
15. PIERRAKOS G, GOULA A, LATSOU D. Predictors of unmet healthcare needs during economic and health crisis in Greece. *Int J Environ Res Public Health* 2023, 20:6840
16. ECONOMOU C, KAITELIDOU D, KARANIKOLOS M, MARESSO A. Greece: Health system review. *Health Syst Transit* 2017, 19:1–166
17. ZAVRAS D, ZAVRAS AI, KYRIOPOULOS II, KYRIOPOULOS J. Economic crisis, austerity and unmet healthcare needs: The case of Greece. *BMC Health Serv Res* 2016, 16:309
18. FRAGKIADAKIS GF, TSATINIAN A. Evaluation of outpatient access to the Greek health system considering the constraints of the COVID-19 pandemic. *Cureus* 2023, 15:e36704
19. GIANNOPOULOU I, TSOBANOGLOU GO. COVID-19 pandemic: Challenges and opportunities for the Greek health care system. *Ir J Psychol Med* 2020, 37:226–230
20. YFANTOPOULOS J. The Greek version of the EuroQoL (EQ-5D) instrument. *Arch Hellen Med* 2001, 18:180–191
21. KONTODIMOPOULOS N, PAPPAS E, NIAKAS D, YFANTOPOULOS J, DIMITRAKAKI C, TOUNTAS Y. Validity of the EuroQoL (EQ-5D) instrument in a Greek general population. *Value Health* 2008, 11:1162–1169
22. MASLYANKOVI I. Unmet healthcare needs in Southeastern Europe: A systematic review. *J Med Access* 2024, 8:27550834241255838
23. TRIANTAFILLOU E, TSELLOS P, CHRISTODOULOU N, TZAVARA C, MRVOLJAK-THEODOROPOULOU I, CHRISTODOULOU GN. The effect of COVID-19 pandemic on mental health and quality of life in the Athens area – Greece. *Psychiatriki* 2022, 33:271–282
24. EPIFANIO MS, ANDREI F, MANCINI G, AGOSTINI F, PIOMBO MA, SPICUZZA V ET AL. The impact of COVID-19 pandemic and lockdown measures on quality of life among Italian general population. *J Clin Med* 2021, 10:289
25. CLARIJS ME, KREGTING LM, VAN RAVESTEYN NT, KOPPERT BL, KORFAGE IJ. Health-related quality of life using the EQ-5D-5L: Nor-

- mative utility scores in a Dutch female population. *Qual Life Res* 2023, 32:373–381
26. KYRIOPOULOS II, ZAVRAS D, SKROUMPELOS A, MYLONA K, ATHANASAKIS K, KYRIOPOULOS J. Barriers in access to healthcare services for chronic patients in times of austerity: An empirical approach in Greece. *Int J Equity Health* 2014, 13:54
 27. KARAFERIS DC, NIAKAS DA, BALASKA D, FLOKOU A. Valuing outpatients' perspective on primary health care services in Greece: A cross-sectional survey on satisfaction and personal-centered care. *Healthcare (Basel)* 2024, 12:1427
 28. ZAVRAS D. Studying healthcare affordability during an economic recession: The case of Greece. *Int J Environ Res Public Health* 2020, 17:7790
 29. PETMESIDOU M, GUILLÉN AM, PAVOLINI E. Health care in post-crisis South Europe: Inequalities in access and reform trajectories. *Soc Policy Admin* 2020, 54:666–683
 30. POPOVIC N, TERZIC-SUPIC Z, SIMIC S, MLADENOVIC B. Predictors of unmet health care needs in Serbia; analysis based on EU-SILC data. *PLoS One* 2017, 12:e0187866
 31. GONZÁLEZ-TOUYA M, STOYANOVA A, URBANOS-GARRIDO RM. COVID-19 and unmet healthcare needs of older people: Did inequity arise in Europe? *Int J Environ Res Public Health* 2021, 18:9177
 32. ARORA VS, KÜHLBRANDT C, MCKEE M. An examination of unmet health needs as perceived by Roma in Central and Eastern Europe. *Eur J Public Health* 2016, 26:737–742
 33. LAFORTUNE G, FULLER G, KLOKE-LESCH A, KOUNDOURI P, RICCA-BONI A. European elections, Europe's future and the SDGs: Europe sustainable development report 2023/24. SDSN and SDSN Europe, Paris and Dublin University Press, Dublin, 2024
 34. TSIRONA C, SISKOU O, GALANIS P, KONSTANTAKOPOULOU O, SOUTZI P, KAITELIDOU D ET AL. Investigating the impact of the economic crisis on access to health services in Greece. *Int J Caring Sci* 2022, 15:727–738
 35. AGORASTOS A, CHRISTOGIANNIS C, MAVRIDIS D, SEITIDIS G, KONTOULI KM, TSOKANI S ET AL. Impact of COVID-19 pandemic-related restrictive measures on overall mental and physical health and well-being, specific psychopathologies and emotional states in representative adult Greek population: Results from the largest multi-wave, online national survey in Greece (COH-FIT). *Psychiatry Res* 2025, 348:116479
 36. KONTODIMOPOULOS N, POULAKI E, FANOURLAKIS J, TALIAS MA. The association between fear of COVID-19 and health-related quality of life: A cross-sectional study in the Greek general population. *J Pers Med* 2022, 12:1891
 37. GOLZAR J, NOOR S, TAJIK O. Convenience sampling. *Int J Educ Lang Stud* 2022, 1:72–77

Corresponding author:

G. Fragkiadakis, Pasakaki, Mournies, 731 34 Chania, Crete, Greece
e-mail: fragkiadakis.georgios@ac.eap.gr