

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Περιφερειακές αποκλίσεις στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από τις μονάδες των υγειονομικών περιφερειών

ΣΚΟΠΟΣ Η αξιολόγηση της έκτασης των περιφερειακών αποκλίσεων στη δημόσια πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ), εστιάζοντας στις υπηρεσίες που παρέχουν οι μονάδες ΠΦΥ οι οποίες ανήκουν στις υγειονομικές περιφέρειες (ΥΠΕ). **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Η έρευνα βασίστηκε στη δημιουργία δεικτών κατανομής πόρων, που ανέδειξαν τις διαφοροποιήσεις τόσο μεταξύ μονάδων ΠΦΥ και νοσοκομείων, όσο και μεταξύ των ΥΠΕ. Όλα τα δεδομένα ήταν ελεύθερα προσβάσιμα και αφορούσαν στον αριθμό επισκέψεων σε μονάδες ΠΦΥ και νοσοκομεία, στα βασικά οικονομικά μεγέθη των ΥΠΕ, στη στελέχωση των δομών ΠΦΥ και στον πληθυσμό ευθύνης ανά γεωγραφική περιοχή. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Σε ένα περιβάλλον μειωμένων επισκέψεων στη δημόσια ΠΦΥ εντοπίστηκε η τάση των δομών ΠΦΥ να προσελκύουν περισσότερα επείγοντα περιστατικά συγκριτικά με το παρελθόν. Παράλληλα, σε συγκεκριμένες γεωγραφικές περιοχές τα νοσοκομεία βρέθηκαν να απορροφούν αναλογικά περισσότερα περιστατικά, δηλαδή περίπου τα μισά του συνόλου. Εντοπίστηκαν έντονες περιφερειακές αποκλίσεις μεταξύ των ΥΠΕ, αρχίζοντας από το μέγεθός τους βάσει του αριθμού επισκέψεων στις μονάδες ΠΦΥ. Δύο ΥΠΕ απέκλιναν σημαντικά των υπολοίπων σε δείκτες στελέχωσης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Η χρήση των υπηρεσιών και η παραγωγικότητα επίσης διέφεραν σημαντικά, δημιουργώντας τη βάση για διαφοροποιήσεις στην αποδοτικότητα. Σε οικονομικό επίπεδο, εντοπίστηκαν επιπρόσθετες ανισότητες, με κάποιες ΥΠΕ να συγκεντρώνουν περιουσιακά στοιχεία μεγαλύτερης αξίας, περισσότερα τακτικά έσοδα και περισσότερες κρατικές επιχορηγήσεις. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Οι περιφερειακές αποκλίσεις/ανισότητες στην ελληνική δημόσια ΠΦΥ εκτείνονται σε όλο το φάσμα κατανομής πόρων. Η ισορροπία είναι αδύνατο να επέλθει με αυτορρύθμιση της αγοράς. Συνεπώς, η ανακατανομή των πόρων χρεώνεται στην πολιτική υγείας. Η διαδικασία αυτή οφείλει να λαμβάνει υπ' όψιν πρότυπους δείκτες πυκνότητας περιουσιακών στοιχείων και ανθρώπινου δυναμικού, χρήσης υπηρεσιών, παραγωγικότητας της εργασίας και αποδοτικότητας.

Η οργάνωση και η διακυβέρνηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) στην Ελλάδα έχει δεχθεί πολυάριθμες παρεμβάσεις κατά τα τελευταία 15 έτη, με βασική αφορμή τις οδηγίες που προέκυψαν ήδη από τις πρώτες μνημονιακές συμβάσεις της χώρας στις αρχές της προηγούμενης δεκαετίας.¹ Ενδεχομένως, η πλέον καθοριστική παρέμβαση υλοποιήθηκε το 2015, με την αποκοπή των δημόσιων μονάδων ΠΦΥ από τα δημόσια νοσοκομεία και την υπαγωγή τους στις υγειονομικές περιφέρειες (ΥΠΕ),² δηλαδή στους κύριους εκφραστές της αποκέντρωσης του εγχώριου συστήματος υγείας.³ Έτσι, η δημόσια ΠΦΥ παρέχεται σήμερα από τα αγροτικά και τα αστικά κέντρα

υγείας, τα περιφερειακά τους ιατρεία, καθώς και τις πλέον πρόσφατα συσταθείσες τοπικές μονάδες υγείας (ΤΟΜΥ), με πόρους που διαχειρίζονται οι ΥΠΕ. Ωστόσο, το έργο των παραπάνω μονάδων συμπληρώνεται από τα δημόσια νοσοκομεία, μέσα από την πρωινή ή και την ολόημερη (πρώην απογευματινή) λειτουργία των εξωτερικών τους ιατρείων, καθώς και τις σχετικές υπηρεσίες που παρέχουν τα τμήματα επείγοντων περιστατικών (ΤΕΠ).

Η αποτελεσματικότητα της ΠΦΥ εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την κατανομή των πόρων, δηλαδή των κτηριακών εγκαταστάσεων, του ιατροτεχνολογικού και λοιπού

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2026, 43(4):499-507
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2026, 43(4):499-507

Σ. Καρακόλιας,¹
Ν. Πολύζος^{1,2}

¹Τμήμα Νοσηλευτικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη
²Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

Regional discrepancies in the provision of primary health care by regional health authorities' units

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρητηρίου

Κατανομή πόρων
Περιφερειακές αποκλίσεις
Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
Υγειονομικές περιφέρειες

Υποβλήθηκε 6.3.2025
Εγκρίθηκε 24.4.2025

εξοπλισμού, των άλλων υλικών πόρων (αναλώσιμων, φαρμάκων κ.λπ.), του ανθρώπινου δυναμικού, όπως επίσης των οικονομικών πόρων. Είναι προφανές ότι η εν λόγω κατανομή οφείλει να είναι ορθολογική, δηλαδή βασισμένη σε συγκεκριμένους κανόνες που θα λαμβάνουν υπ' όψιν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του πληθυσμού ευθύνης της εκάστοτε μονάδας υγείας.⁴ Εφόσον ισχύσει αυτό, αυτόματα δεν νοούνται αποκλίσεις μεταξύ των ομοειδών παρόχων (π.χ. κέντρων υγείας), ούτε μεταξύ των παρόχων διαφορετικής κατηγορίας (π.χ. κέντρων υγείας και νοσοκομείων), σε γεωγραφικές περιοχές με παρόμοια χαρακτηριστικά.

Η κατανομή των πόρων στην ελληνική ΠΦΥ έχει αντιμετωπίσει σημαντικές προκλήσεις και περιφερειακές ανισότητες κατά το πρόσφατο παρελθόν. Η εφαρμογή ολοκληρωμένης ΠΦΥ έχει παρεμποδιστεί από παράγοντες, όπως η έλλειψη οικογενειακών ιατρών, η ανεπαρκής τεχνολογία πληροφοριών και οι δυσκολίες στη διαχείριση των χρόνιων ασθενειών.⁵ Παρά το γεγονός ότι οι ασθενείς γενικά αναφέρουν θετικές εμπειρίες από τις επισκέψεις σε γενικούς ιατρούς, υπάρχει υστέρηση σε τομείς, όπως ο χρόνος αναμονής για ραντεβού, η πρόσβαση σε ιατρικά αρχεία, οι προληπτικές υπηρεσίες και η συμμετοχή των ασθενών.⁶ Η οικονομική ύφεση, κυρίως της προηγούμενης δεκαετίας, είχε επιβαρύνει το σύστημα υγείας σημαντικά, οδηγώντας σε ελλείψεις εξοπλισμού και ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας.⁷ Οι περιφερειακές ανισότητες έχουν γίνει αισθητές στην κατανομή των πόρων υγειονομικής περίθαλψης και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, οι διασωληνωμένοι ασθενείς εκτός Αττικής παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά θνητότητας σε σύγκριση με εκείνους στην Αττική, υποδηλώνοντας συγκέντρωση καλύτερων πόρων υγειονομικής περίθαλψης στην πρωτεύουσα.⁸ Από τη σκοπιά της πολιτικής επιστήμης, η κατανομή των δημόσιων επενδύσεων στην υγειονομική περίθαλψη έχει επηρεαστεί και από την εκλογική πολιτική, με τα κυβερνώντα κόμματα να τείνουν να ανταμείβουν τις πιο υποστηρικτικές εκλογικές περιφέρειες με υψηλότερες κατά κεφαλή επενδύσεις.⁹ Για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων και αποκλίσεων, ερευνητές από την Ελλάδα έχουν προτείνει την υιοθέτηση κλιμάκων διαλογής, την επέκταση του δικτύου πρωτοβάθμιας περίθαλψης, τη δημιουργία αποτελεσματικής συνέχειας μεταξύ πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής περίθαλψης και την εφαρμογή πιο επικεντρωμένων στον ασθενή και πολιτισμικά κατάλληλων προσεγγίσεων.^{10,11}

Σε αυτό το πλαίσιο, η παρούσα μελέτη επικεντρώθηκε στην αξιολόγηση των περιφερειακών αποκλίσεων, που ενδεχομένως να υφίστανται στην εγχώρια δημόσια ΠΦΥ, με έμφαση στις υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται από τις διαχειριζόμενες (πλέον) από τις ΥΠΕ δομές ΠΦΥ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Σχεδιασμός και πληθυσμός μελέτης

Διεξήχθη δευτερογενής έρευνα στο σύνολο της δημόσιας ΠΦΥ στην Ελλάδα. Απώτερος σκοπός ήταν η ανάδειξη αφ' ενός των περιφερειακών αποκλίσεων στην κατανομή των περιστατικών μεταξύ μονάδων ΠΦΥ και νοσοκομείων και αφ' ετέρου των λειτουργικών και οικονομικών αποκλίσεων μεταξύ των μονάδων ΠΦΥ.

Συλλογή δεδομένων

Τα δεδομένα της μελέτης προήλθαν από πολλαπλές δημόσιες πηγές με ελεύθερη πρόσβαση. Αρχικά, αντλήθηκαν οι ετήσιες εκθέσεις της περιόδου 2018–2023 με τίτλο «νοσολογική κίνηση μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας» και «εξωτερικοί ασθενείς» αντίστοιχα, από την ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας.¹² Οι σχετικές εκθέσεις ποσοτικοποιούν το παραγόμενο έργο των διαχειριζόμενων από τις ΥΠΕ δομών ΠΦΥ και των δημόσιων νοσοκομείων, αντίστοιχα. Συνεπώς, αντικατοπτρίζουν αθροιστικά τη δραστηριότητα της δημόσιας ΠΦΥ.

Στη συνέχεια, αναζητήθηκαν οι δημοσιευμένες χρηματοοικονομικές καταστάσεις των ΥΠΕ από το πληροφοριακό σύστημα «ΔΙΑΥΓΕΙΑ». Σκοπός ήταν η άντληση των αξιών για τα πάγια περιουσιακά στοιχεία (δηλαδή ακίνητη περιουσία, εξοπλισμός, μεταφορικά μέσα κ.λπ.), τα κυκλοφορούντα περιουσιακά στοιχεία με έμφαση στα αποθέματα σε αναλώσιμα υλικά, αντιδραστήρια, φάρμακα κ.λπ., τα έσοδα και τα έξοδα των ΥΠΕ. Στο σημείο αυτό ακολουθούν δύο μεθοδολογικές επισημάνσεις. Πρώτον, οι εξεταζόμενες χρηματοοικονομικές καταστάσεις δεν περιλαμβάνουν διαχωρισμό μεταξύ των κεντρικών υπηρεσιών και των μονάδων ΠΦΥ των ΥΠΕ. Ωστόσο, τα τακτικά έσοδα που δημιουργούν οι ΥΠΕ προέρχονται μόνο από την ΠΦΥ. Επί πλέον, τα περιουσιακά στοιχεία και τα έξοδα των δεκάδων δομών ΠΦΥ, που κατά κανόνα διαχειρίζεται μια ΥΠΕ, επισκιάζουν τα αντίστοιχα μεγέθη της κεντρικής της υπηρεσίας. Συνεπώς, θεωρήθηκε ότι τα εν λόγω μεγέθη αντικατοπτρίζουν ικανοποιητικά, αν και με μικρό βαθμό υπερεκτίμησης, τα οικονομικά μεγέθη των δομών ΠΦΥ. Δεύτερον, οι ΥΠΕ, ως νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου (ΝΠΔΔ), άρχισαν την κατάρτιση τέτοιων καταστάσεων μεταγενέστερα των νοσοκομείων. Έτσι, παρατηρείται ότι η 2η ΥΠΕ έχει δημοσιεύσει οικονομικές καταστάσεις μέχρι και το 2018, ενώ η 6η ΥΠΕ μέχρι και το 2022. Πρακτικά, λοιπόν, η 2η ΥΠΕ εξαιρέθηκε από την οικονομική ανάλυση, ενώ για τις υπόλοιπες ΥΠΕ η ανάλυση αφορά στο πλέον πρόσφατο έτος (2022 ή 2023).

Τέλος, αναζητήθηκαν δεδομένα για τον αριθμό επαγγελματιών υγείας στις δημόσιες μονάδες ΠΦΥ και για τον πληθυσμό ευθύνης ανά ΥΠΕ. Και οι δύο κατηγορίες δεδομένων αντλήθηκαν από την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ).^{13,14} Διευκρινίζεται ότι ο πληθυσμός ευθύνης προέκυψε από την απογραφή πληθυσμού του 2021, και επομένως απαιτήθηκε η μετατροπή της διοικητικής διαίρεσης της χώρας (13 περιφέρειες) σε υγειονομική (7 ΥΠΕ).

Ανάλυση δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων για τη δραστηριότητα της δημόσιας

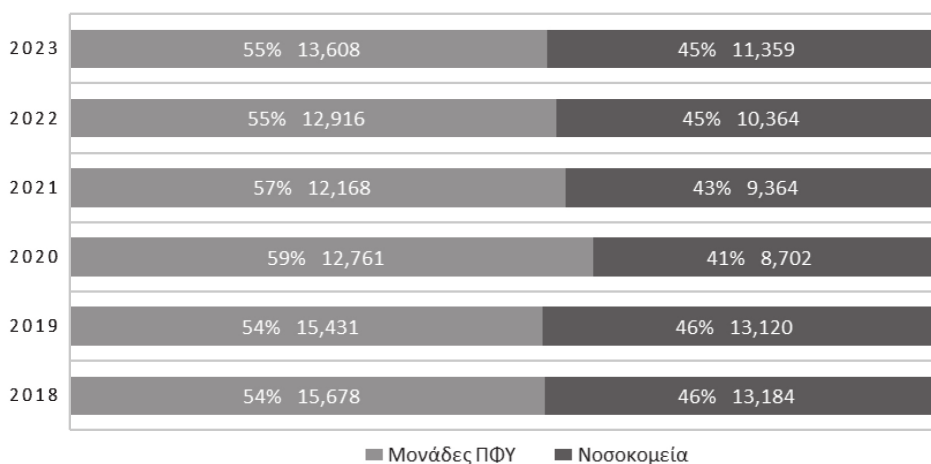
ΠΦΥ ήταν συγκριτική, έτσι ώστε να καταδεικνύει την κατηγοριοποίηση των περιστατικών (τακτικά – επείγοντα), τη διαχρονική κατανομή των περιστατικών μεταξύ δομών ΠΦΥ και νοσοκομείων, καθώς και τη γεωγραφική (σ.σ. ανά ΥΠΕ) κατανομή των περιστατικών μεταξύ δομών ΠΦΥ και νοσοκομείων. Από την άλλη πλευρά, τα λειτουργικά και τα οικονομικά δεδομένα των μονάδων ΠΦΥ αναλύθηκαν στατικά, για το 2023 ή το πλέον πρόσφατο έτος, μέσω δημοφιλών δεικτών κατανομής πόρων, παραγωγικότητας και αποδοτικότητας. Επισημαίνεται ότι οι εν λόγω δείκτες υπολογίστηκαν σε επίπεδο ΥΠΕ με τη χρήση συγκεντρωτικών δεδομένων. Όλα τα δεδομένα αναλύθηκαν μέσω του στατιστικού πακέτου Ms Excel.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

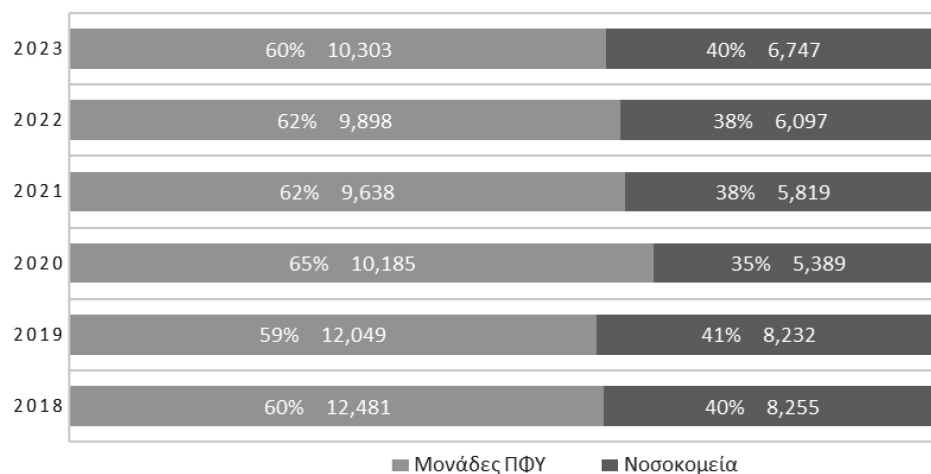
Στην εικόνα 1 παρουσιάζεται η κατανομή των συνολικών επισκέψεων σε δημόσιες μονάδες ΠΦΥ και δημόσια νοσοκομεία για την περίοδο 2018–2023. Αρχικά, παρατηρήθηκε ότι η δραστηριότητα εξωνοσοκομειακής φροντίδας μειώθηκε και για τις δύο κατηγορίες παρόχων. Αφ’ ενός οι επισκέψεις

σε μονάδες ΠΦΥ μειώθηκαν κατά 13,2% (από 15,7 εκατομμύρια το 2018 σε 13,6 εκατομμύρια το 2023) και αφ’ ετέρου οι επισκέψεις σε νοσοκομεία μειώθηκαν κατά 13,8% (από 13,2 εκατομμύρια το 2018 σε 11,4 εκατομμύρια το 2023). Γενικά, η σύνθεση των επισκέψεων δεν μεταβλήθηκε στην εξεταζόμενη εξαετία, με τις επισκέψεις σε μονάδες ΠΦΥ να αποτελούν για το 2023 περίπου το 55% των συνολικών επισκέψεων του ίδιου έτους. Οι προτιμήσεις των εξωτερικών ασθενών φάνηκε να μεταβλήθηκαν ουσιαστικά μόνο στη διετία 2020–2021, όταν και τα περιστατικά σε μονάδες ΠΦΥ αποτελούσαν το 59% και 57%, αντίστοιχα, των συνολικών περιστατικών. Η εξέλιξη αυτή σχετίζεται εμφανώς με την πανδημία COVID-19 που δημιούργησε τα γνωστά εμπόδια εισόδου στα δημόσια νοσοκομεία.

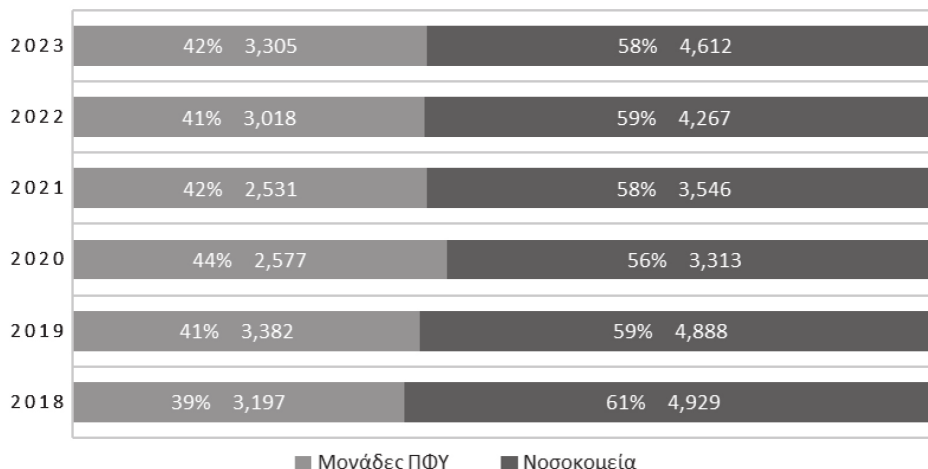
Όπως προκύπτει από τις εικόνες 2 και 3, η αναλογία 55:45 ανάμεσα στα συνολικά περιστατικά των μονάδων ΠΦΥ και των νοσοκομείων (εικ. 1) προέκυψε συνδυαστικά από μια αναλογία 60:40 στα τακτικά περιστατικά (εικ. 2)



Εικόνα 1. Αριθμός συνολικών επισκέψεων σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) και νοσοκομεία, 2018–2023 (ποσά σε εκατομμύρια).



Εικόνα 2. Αριθμός τακτικών περιστατικών σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) και νοσοκομεία, 2018–2023 (ποσά σε εκατομμύρια).

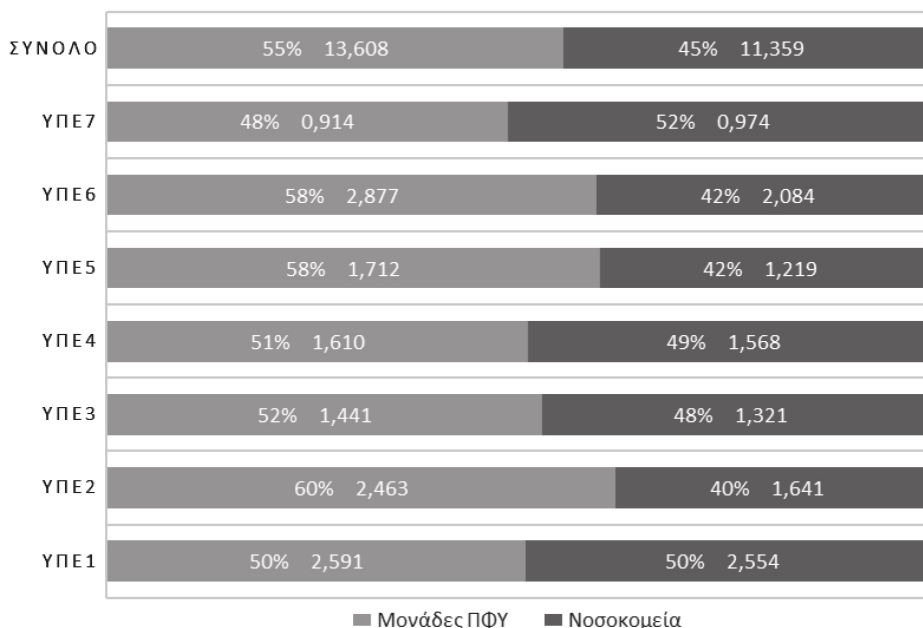


Εικόνα 3. Αριθμός επειγόντων περιστατικών σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) και νοσοκομεία, 2018–2023 (ποσά σε εκατομμύρια).

και μια αναλογία 42:58 στα επειγόντα περιστατικά (εικ. 3). Αυτό σημαίνει ότι για το πλέον πρόσφατο έτος (2023), το ποσοστό των ασθενών που προτίμησαν μονάδες ΠΦΥ ήταν το 60% για τακτικά περιστατικά και το 42% για επειγόντα περιστατικά. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι στην εξεταζόμενη περίοδο τα τακτικά περιστατικά των μονάδων ΠΦΥ μειώθηκαν σημαντικά, εν προκειμένω κατά 17,5% (από 12,5 εκατομμύρια το 2018 σε 10,3 εκατομμύρια το 2023), αλλά ακόμη περισσότερο μειώθηκαν τα αντίστοιχα περιστατικά των νοσοκομείων, συγκεκριμένα κατά 18,3% (από 8,3 εκατομμύρια το 2018 σε 6,7 εκατομμύρια το 2023) (εικ. 2). Στον αντίποδα, οι δημόσιες μονάδες ΠΦΥ προσελκύουν,

πλέον, περισσότερα επειγόντα περιστατικά σε σχέση με το παρελθόν (εικ. 2). Για την ακρίβεια, πρόκειται για περίπου 100.000 επί πλέον περιστατικά σε σχέση με το 2018, ενώ την ίδια στιγμή τα νοσοκομεία μετρούν απώλειες περίπου 300.000 επειγόντων περιστατικών σε σχέση με το 2018. Έτσι, ενώ στο 2018 τα επειγόντα περιστατικά των μονάδων ΠΦΥ αντιστοιχούσαν στο 39% των συνολικών επειγόντων περιστατικών, στο 2023 αντιστοιχούσαν στο 42% αυτών.

Στην εικόνα 4 περιγράφεται η κατανομή των συνολικών επισκέψεων του 2023 στις 7 ΥΠΕ. Στο σημείο αυτό αναδύονται με διττό τρόπο οι πρώτες περιφερειακές απο-



Εικόνα 4. Αριθμός συνολικών επισκέψεων σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) και νοσοκομεία ανά υγειονομική περιφέρεια (ΥΠΕ), 2023 (ποσά σε εκατομμύρια).

κλίσεις. Από τη μια πλευρά, είναι εμφανές ότι περίπου 6 στις 10 επισκέψεις όλης της χώρας πραγματοποιήθηκαν σε μονάδες ΠΦΥ και νοσοκομεία της 1ης, 2ης και 6ης ΥΠΕ. Συνεπώς, οι ΥΠΕ λειτουργούν σε τρεις ταχύτητες με βάση την παραγωγή υπηρεσιών: η ομάδα των τριών παραπάνω ΥΠΕ με 2,5–2,9 εκατομμύρια επισκέψεις ετησίως η κάθε μια, η ομάδα της 3ης, 4ης και 5ης ΥΠΕ με 1,4–1,7 εκατομμύρια επισκέψεις, και η 7η ΥΠΕ, μόνη της, με περίπου 900.000 επισκέψεις κατ' έτος. Από την άλλη πλευρά, αποκλίσεις μεταξύ των ΥΠΕ παρατηρήθηκαν και αναφορικά με την κατανομή των περιστατικών μεταξύ μονάδων ΠΦΥ και νοσοκομείων. Ειδικότερα, στη 2η, στην 5η και στην 6η ΥΠΕ τα περιστατικά των δημόσιων μονάδων ΠΦΥ έτειναν προς το 60% του συνόλου, δηλαδή πάνω από τον μέσο όρο της χώρας (55%). Αντίθετα, στην 1η, στην 3η, στην 4η και στην 7η ΥΠΕ τα περιστατικά κατανέμονται σχεδόν ισομερώς μεταξύ μονάδων ΠΦΥ και νοσοκομείων.

Στη συνέχεια, στον πίνακα 1 παρατίθενται λειτουργικοί και οικονομικοί δείκτες των 7 ΥΠΕ, με τα λειτουργικά δεδομένα να αφορούν στις μονάδες ΠΦΥ που ανήκουν στην εκάστοτε ΥΠΕ και τα οικονομικά δεδομένα να αφορούν στις ΥΠΕ ως νομικά πρόσωπα. Αρχικά, παρατηρήθηκαν διαφοροποιήσεις στη χρήση υπηρεσιών, καθ' ότι στην 5η, στην 6η και στην 7η ΥΠΕ ο μέσος ετήσιος αριθμός επισκέψεων στις μονάδες ΠΦΥ ήταν υψηλότερος από τον μέσο όρο της χώρας (1,4–1,7 έναντι 1,3 επισκέψεις/κάτοικο). Αντίθετα,

στις υπόλοιπες ΥΠΕ ο ίδιος δείκτης κυμάνθηκε σε 1,1–1,2 επισκέψεις/κάτοικο/έτος. Σε επίπεδο παραγωγικότητας της εργασίας, ξεχώρισαν για τις υψηλές επιδόσεις τους οι μονάδες ΠΦΥ της 2ης ΥΠΕ, όπου σε κάθε ιατρό αναλογούσαν κατά μέσο όρο 2.671 επισκέψεις ετησίως (εθνικός μέσος όρος: 2.319 επισκέψεις/ιατρό) και σε κάθε νοσηλευτή αναλογούσαν 3.351 επισκέψεις (εθνικός μέσος όρος: 2.479 επισκέψεις/νοσηλευτή). Το αποτέλεσμα αυτό αδιαμφισβήτητα οφειλόταν στην έλλειψη προσωπικού στις μονάδες ΠΦΥ της συγκεκριμένης ΥΠΕ, καθ' ότι το 2023 απασχολούνταν 4,2 ιατροί/10.000 κατοίκους (εθνικός μέσος όρος: 5,6 ιατροί/10.000 κατοίκους) και μόλις 3,3 νοσηλευτές/10.000 κατοίκους (εθνικός μέσος όρος: 5,2 νοσηλευτές/10.000 κατοίκους). Από άποψη πυκνότητας επαγγελματιών υγείας, περισσότερο ευνοημένη φάνηκε να είναι η 6η ΥΠΕ, καθ' ότι το 2023 απασχολούσε 7,3 ιατρούς/10.000 κατοίκους και 7,1 νοσηλευτές/10.000 κατοίκους. Αξιοσημείωτη ήταν και η περίπτωση της 4ης ΥΠΕ, η οποία το 2023 υπολειπόταν σημαντικά σε παραγωγικότητα τόσο του ιατρικού (2.046 επισκέψεις/ιατρό) όσο και του νοσηλευτικού προσωπικού (1.682 επισκέψεις/νοσηλευτή). Όπως διαφάνηκε και από τους δείκτες πυκνότητας επαγγελματιών υγείας, το εν λόγω έλλειμμα δεν πηγάζει από την υπερβάλλουσα διαθεσιμότητα ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στη συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή (5,5 ιατροί/10.000 κατοίκους και 6,7 νοσηλευτές/10.000 κατοίκους). Τουναντίον, φάνηκε

Πίνακας 1. Λειτουργικοί και οικονομικοί δείκτες μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ), το 2023 ή πιο πρόσφατο έτος.

Δείκτης	ΥΠΕ							Σύνολο χώρας
	1	2	3	4	5	6	7	
Επισκέψεις/κάτοικο	1,2	1,1	1,2	1,1	1,4	1,7	1,5	1,3
Επισκέψεις/ιατρό	2.255	2.671	2.450	2.046	2.250	2.317	2.181	2.319
Επισκέψεις/νοσηλευτή	3.073	3.351	2.125	1.682	2.145	2.376	3.410	2.479
Ιατροί/10.000 κατοίκους	5,4	4,2	5,0	5,5	6,4	7,3	6,7	5,6
Νοσηλευτές/10.000 κατοίκους	4,0	3,3	5,8	6,7	6,7	7,1	4,3	5,2
Ιατροί/νοσηλευτή	1,4	1,3	0,9	0,8	1,0	1,0	1,6	1,1
Πάγια/κάτοικο (€)	14,35	n/a	7,05	6,60	36,60	31,51*	7,43	n/a
Αποθέματα/κάτοικο (€)	3,95	n/a	1,34	1,71	2,43	0,00*	2,16	n/a
Τακτικά έσοδα/επίσκεψη (€)	6,93	n/a	3,67	4,57	2,47	3,16*	1,58	n/a
Κόστος παραγωγής/επίσκεψη (€)	43,15	n/a	40,14	49,69	42,78	40,50*	40,59	n/a
Συνολικά έσοδα/επίσκεψη (€)	43,97	n/a	46,75	61,11	52,25	45,96*	56,99	n/a
Συνολικό κόστος/επίσκεψη (€)	46,78	n/a	44,40	53,34	44,41	46,31*	47,29	n/a
EBIT/επίσκεψη (€)	-2,82	n/a	2,35	7,76	7,84	-0,35*	9,70	n/a
Άλλα έσοδα/ιατρό (χιλιάδες €)	83,5	n/a	105,6	115,7	112,0	90,4*	120,9	n/a
Άλλα έσοδα/εργαζόμενο (χιλιάδες €)	33,6	n/a	34,5	38,8	39,8	34,5*	48,3	n/a

* Οικονομικά μεγέθη 2022

ΥΠΕ: Υγειονομική περιφέρεια, EBIT: Earnings before interest and taxes (κέρδη προ τόκων και φόρων), n/a: Δεν έχει εφαρμογή (not applicable)

να σχετίζεται με το γεγονός ότι οι ασθενείς υποκαθιστούν σε μεγαλύτερο βαθμό τις υπηρεσίες των μονάδων ΠΦΥ με τις αντίστοιχες των όμορων νοσοκομείων (εικ. 4).

Τα αποτελέσματα του πίνακα 1 είναι ενδεικτικά και των αποκλίσεων σε σχέση με τα περιουσιακά στοιχεία που κατανέμονται στις ΥΠΕ. Συγκεκριμένα, σε κάθε κάτοικο της 5ης και της 6ης ΥΠΕ αναλογούσαν πάγια περιουσιακά στοιχεία (ακίνητη περιουσία, εξοπλισμός, μεταφορικά μέσα κ.λπ.) αξίας >30 €, ενώ σε τρεις άλλες ΥΠΕ η ίδια αξία κυμαινόταν κοντά στα 7 €. Αντίστοιχα, η 1η ΥΠΕ διέθετε αποθέματα (υγειονομικού υλικού, φαρμάκων κ.λπ.) σχεδόν διπλάσιας αξίας από τα αντίστοιχα των υπόλοιπων ΥΠΕ.

Στη συνέχεια του πίνακα 1 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για βασικούς δείκτες αποδοτικότητας. Αρχικά, ήταν αξιοσημείωτες οι αποκλίσεις μεταξύ των ΥΠΕ αναφορικά με το μοναδιαίο τακτικό έσοδο, που κυμαινόταν από 1,58 €/επίσκεψη στην 7η ΥΠΕ έως 6,93 €/επίσκεψη στην 1η ΥΠΕ. Αυτές οι αποκλίσεις μπορεί να οφείλονται είτε στις διαφορές στο μίγμα των περιστατικών (case mix) είτε στην άνιση χρηματοδότηση μεταξύ των ΥΠΕ. Η παραγωγική λειτουργία κοστίζει στις περισσότερες ΥΠΕ περίπου 40–43 €/επίσκεψη, ενώ, όταν προστεθούν τα έξοδα διοικητικής λειτουργίας, το μοναδιαίο συνολικό κόστος κυμαίνεται μεταξύ 44–47 €/επίσκεψη. Εξαιρέση στα παραπάνω αποτέλεσε η 4η ΥΠΕ, η οποία αντιμετώπιζε σημαντικά υψηλότερο κόστος, τόσο παραγωγικό (περίπου 50 €/επίσκεψη) όσο και συνολικό (περίπου 53 €/επίσκεψη). Το γεγονός ότι τα συνολικά έσοδα ανά επίσκεψη είναι πολλαπλάσια των τακτικών εσόδων για όλες τις ΥΠΕ ανεξαιρέτως, αποκαλύπτει ότι το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησής τους δεν συνιστά αποζημίωση για τις παρεχόμενες υπηρεσίες (σ. «τακτικά έσοδα»), αλλά προέρχεται από κρατικές επιχορηγήσεις για την κάλυψη του μισθολογικού κόστους και άλλων λειτουργικών εξόδων (σ. «άλλα έσοδα»). Έτσι, παρατηρήθηκαν αποκλίσεις και στην κατανομή των επιχορηγήσεων. Ενδεικτικά, τα «άλλα έσοδα» που αντιστοιχούσαν σε κάθε εργαζόμενο της 7ης ΥΠΕ ήταν περίπου 10.000 € περισσότερα από τα αντίστοιχα των υπόλοιπων ΥΠΕ, ενώ, παράλληλα, το αντίστοιχο μέγεθος που αναλογούσε σε κάθε ιατρό της 1ης και της 6ης ΥΠΕ ήταν 20.000–30.000 € χαμηλότερο συγκριτικά με τις υπόλοιπες ΥΠΕ. Τέλος, η διαφορά μεταξύ των συνολικών εσόδων και του συνολικού κόστους ανά επίσκεψη δημιουργεί το καθαρό αποτέλεσμα (κέρδη προ τόκων και φόρων [EBIT]/επίσκεψη), το οποίο ήταν αρνητικό για δύο ΥΠΕ (1η και 6η), συγκριτικά χαμηλό για την 3η ΥΠΕ (2,35 €/επίσκεψη), και αρκετά υψηλότερο για τις υπόλοιπες ΥΠΕ, με την 7η να υπερέχει όλων, με 9,7 €/επίσκεψη. Επομένως, υπάρχει η ένδειξη για υπο-χρηματοδότηση όσων ΥΠΕ παρουσίαζαν αρνητικά αποτελέσματα και αντίστοιχα για

υπερ-χρηματοδότηση των υπολοίπων.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η δημόσια ΠΦΥ, όπως αντανακλάται από τον αριθμό επισκέψεων σε δομές ΠΦΥ και δημόσια νοσοκομεία, είχε φθίνουσα πορεία στην περίοδο 2018–2023, με πτώση >13% και στις δύο περιπτώσεις. Δεδομένου ότι στη διαθέσιμη βιβλιογραφία δεν έχει καταγραφεί μείωση της ζήτησης για τέτοιου είδους υπηρεσίες συνολικά, δημιουργείται η ένδειξη ότι μετατοπίστηκαν ασθενείς προς τον ιδιωτικό τομέα. Κατά το παρελθόν, η μετατόπιση αυτή είχε θεωρηθεί δυνητική απειλή κυρίως για λόγους χρόνων αναμονής και ποιότητας της φροντίδας.^{6,7} Επί πλέον, πρόσφατη μελέτη επιβεβαίωσε την προτίμηση των ασθενών για ιδιωτικές υπηρεσίες ΠΦΥ έναντι των δημόσιων, κυρίως για ιατρικές επισκέψεις.¹⁵ Κατ' αυτόν τον τρόπο δικαιολογείται και το γεγονός ότι οι ιδιώτες πάροχοι κατόρθωσαν να διατηρήσουν τα έσοδά τους παρά τις αναταραχές των τελευταίων ετών.¹⁶

Για το πιο πρόσφατο έτος της μελέτης (2023), εντοπίστηκε σαφής προτίμηση των μονάδων ΠΦΥ για τακτικά περιστατικά (60% του συνόλου) και, αντίστοιχα, σαφής προτίμηση των νοσοκομείων για επείγοντα περιστατικά (58% του συνόλου). Παρ' όλα αυτά, τα επείγοντα περιστατικά σε δομές ΠΦΥ βρέθηκαν αναλογικά περισσότερα σε σχέση με το παρελθόν. Το εν λόγω εύρημα δεν φαίνεται να σχετίζεται με βελτιώσεις στις δομές ΠΦΥ, αλλά με τους περιορισμούς στα ΤΕΠ των δημόσιων νοσοκομείων, αναφερόμενοι κυρίως στους μεγάλους χρόνους αναμονής που έχουν καταγραφεί κατά το παρελθόν.⁷ Στο σημείο αυτό αναδύεται η ανάγκη για περαιτέρω διεύθυνση των δομών ΠΦΥ στη διαχείριση των επειγόντων περιστατικών για λόγους αποτελεσματικότητας και ασφάλειας των ασθενών, το οποίο αποτελεί μια υφιστάμενη τάση σε άλλα συστήματα υγείας.^{17,18}

Παράλληλα, η χρήση υπηρεσιών που προσφέρονται από δημόσιες δομές ΠΦΥ δεν είχε την ίδια ένταση σε όλες τις περιοχές της χώρας. Συγκεκριμένα, στις 4 από τις 7 ΥΠΕ οι δομές ΠΦΥ και τα νοσοκομεία βρέθηκαν σχεδόν να μοιράζονται τις επισκέψεις, ενώ στις υπόλοιπες ΥΠΕ διαπιστώθηκε μια αναλογία 3:2. Παρόμοιες περιφερειακές αποκλίσεις έχουν παρατηρηθεί και σε άλλα συστήματα υγείας, με τους κατοίκους αστικών περιοχών να είναι κυρίως αυτοί που προτιμούν την επίσκεψη στο νοσοκομείο, έχοντας καλύτερη πρόσβαση εκεί σε σχέση με τους κατοίκους περιοχών της περιφέρειας.¹⁹ Στην ελληνική περίπτωση, δεν μπορεί να γίνει άμεση διάκριση μεταξύ αστικών-αγροτικών περιοχών, καθ' ότι όλες οι ΥΠΕ περιλαμβάνουν περιοχές και των δύο κατηγοριών. Συνεπώς, οι όποιες περιφερειακές αποκλίσεις σχετίζονται μάλλον με τοπικές συνθήκες, και γενικότερα

με τη συγκριτική αξιολόγηση των διαφόρων επιλογών εξωνοσοκομειακής φροντίδας εκ μέρους των χρηστών.

Ένα άλλο πεδίο αποκλίσεων μεταξύ των περιοχών της χώρας ήταν η πυκνότητα των επαγγελματιών υγείας που απασχολούν οι δομές ΠΦΥ. Οι συγκεκριμένες αποκλίσεις θεωρούνται σημαντικές για δύο ΥΠΕ, από τις οποίες η μία (6η ΥΠΕ) βρέθηκε με σχεδόν διπλάσιο προσωπικό σε σχέση με την άλλη (2η ΥΠΕ). Μη ορθολογική κατανομή του προσωπικού έχει καταγραφεί σε διάφορα συστήματα υγείας, όπου οι ελλείψεις είναι συνήθως εντονότερες σε απομακρυσμένες περιοχές και σε οικονομικά υποδεέστερες περιοχές.²⁰⁻²² Επομένως, και στο εγχώριο σύστημα υγείας απαιτείται προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού βάσει δεικτών που θα διασφαλίζουν τη δίκαιη κατανομή των ανθρώπινων πόρων.²³

Εκτός του προσωπικού, και τα περιουσιακά στοιχεία των ΥΠΕ βρέθηκαν να κατανέμονται άνισα στις διάφορες περιοχές της χώρας. Ειδικότερα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μειονεκτεί όλη η βόρεια Ελλάδα, η Κρήτη και τα νησιά του Αιγαίου. Οι αποκλίσεις στο ανθρώπινο δυναμικό και στα περιουσιακά στοιχεία συμβάλλουν καθοριστικά σε δύο άλλες μορφές αποκλίσεων: χρήσης των υπηρεσιών και παραγωγικότητας του προσωπικού. Γενικά, βρέθηκε ότι στις ΥΠΕ που μειονεκτούν στο προσωπικό η παραγωγικότητα ήταν πολύ υψηλή (2η ΥΠΕ), δηλαδή κάθε εργαζόμενος αναλάμβανε κατά μέσο όρο περισσότερα περιστατικά. Προφανώς, αυτό συμβάλλει στην αποδοτική λειτουργία των μονάδων ΠΦΥ, αλλά αξίζει να μελετηθεί και η συμβολή του στην εργασιακή ικανοποίηση και στην επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας.²⁴ Αντίστοιχα, σε ΥΠΕ με λιγότερα περιουσιακά στοιχεία ήταν εντονότερο το φαινόμενο υποκατάστασης των υπηρεσιών των δομών ΠΦΥ από τις αντίστοιχες των νοσοκομείων. Στον αντίποδα, σε ΥΠΕ με αναλογικά περισσότερο προσωπικό (π.χ. 6η ΥΠΕ), όχι μόνο ήταν υψηλότερος ο μέσος ετήσιος αριθμός επισκέψεων ανά κάτοικο, αλλά και οι επισκέψεις σε δομές ΠΦΥ ήταν συχνότερες σε σχέση με εκείνες σε νοσοκομεία. Επίσης, μια μελέτη που αναφερόταν στα πρώτα στάδια εφαρμογής του θεσμού του οικογενειακού-προσωπικού ιατρού στην Ελλάδα είχε αποκαλύψει τις διαφοροποιήσεις στη χρήση υπηρεσιών, ακόμη και μεταξύ των μονάδων της ίδιας ΥΠΕ, με τους ιατρούς των ΤΟΜΥ να πραγματοποιούν αναλογικά περισσότερες επισκέψεις.²⁵

Τέλος, οι αποκλίσεις μεταξύ των ΥΠΕ ήταν σημαντικές και σε επίπεδο εσόδων-εξόδων, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται ανάλογες διαφοροποιήσεις στην οικονομική απόδοση. Με άλλα λόγια, κάποιες ΥΠΕ παρουσιάζουν ζημιές και κάποιες άλλες κέρδη, χωρίς όμως να υπάρχουν ενδείξεις ότι οι τελευταίες αξιοποιούν καλύτερα τους πόρους τους.

Αυτό συμβαίνει γιατί το οικονομικό αποτέλεσμα του έτους εξαρτάται μεν από τα τακτικά τους έσοδα, που πράγματι αποκλίνουν σημαντικά μεταξύ των ΥΠΕ, αλλά καθορίζεται από το ύψος της κρατικής επιχορήγησης. Αυτό σημαίνει ότι οι δημόσιες δομές ΠΦΥ χρηματοδοτούνται πρωτίστως για την κάλυψη των λειτουργικών τους εξόδων αντί για τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Επομένως, για να επιτευχθεί πιο ορθολογική κατανομή των οικονομικών πόρων θα πρέπει να αλλάξει ριζικά η μέθοδος αποζημίωσης των ΥΠΕ για τις υπηρεσίες που παρέχουν οι δομές ΠΦΥ. Η ενδεδειγμένη κατεύθυνση είναι αυτή της αυτόνομης οικονομικής διαχείρισης των δημόσιων δομών ΠΦΥ ("business model"), όπως ακριβώς έχει συμβεί και σε άλλα συστήματα υγείας που προτεραιοποίησαν την ενίσχυση της ΠΦΥ έναντι της νοσοκομειακής φροντίδας.²⁶ Τέλος, μια τέτοια οικονομική διαχείριση προϋποθέτει είτε αποζημίωση ανά περιστατικό (fee-for-service), στα πρότυπα της αποζημίωσης των ιδιωτών παρόχων, είτε προοπτική χρηματοδότηση που προσομοιάζει στις ομοιογενείς διαγνωστικές ομάδες (diagnosis related groups, DRGs) των νοσοκομείων. Στην ίδια λογική, και σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία, απαιτούνται και ειδικές αμοιβές (κίνητρα) για το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό.^{27,28}

Βασικό συμπέρασμα της παρούσας μελέτης ήταν ότι η δημόσια ΠΦΥ στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από σημαντικές περιφερειακές αποκλίσεις που εκτείνονται σε όλο το φάσμα κατανομής πόρων, και συγκεκριμένα στις υποδομές, στο ανθρώπινο δυναμικό και στη χρηματοδότηση. Οι εν λόγω αποκλίσεις δημιουργούν τη βάση για διαφορετική ένταση και απόδοση στη δραστηριότητα της ΠΦΥ, η οποία, ως εκ τούτου, ευνοεί τις ανισότητες στην υγεία. Η διαδικασία ανακατανομής των πόρων οφείλει να λαμβάνει υπ' όψιν πρότυπους δείκτες πυκνότητας περιουσιακών στοιχείων και ανθρώπινου δυναμικού, χρήσης υπηρεσιών, παραγωγικότητας της εργασίας και αποδοτικότητας.

Παρά το γεγονός ότι η εν λόγω μελέτη παρέχει σημαντικές κατευθύνσεις για τη διακυβέρνηση της υγείας, υπόκειται σε δύο περιορισμούς που σχετίζονται με τη μη διαθεσιμότητα αναλυτικών δεδομένων. Ο πρώτος αφορά στη χρήση συγκεντρωτικών δεδομένων σε επίπεδο ΥΠΕ. Έτσι, υπολογίστηκαν δείκτες που αντικατοπτρίζουν τη μέση δομή ΠΦΥ (βλέπε πίνακα 1) και επομένως αγνοούν το γεγονός ότι ενδεχομένως να υφίστανται σημαντικές αποκλίσεις μεταξύ των δομών της ίδιας ΥΠΕ. Ο δεύτερος περιορισμός αφορά στον υπολογισμό του πληθυσμού ευθύνης ανά ΥΠΕ και συγκεκριμένα της μετατροπής της διοικητικής διαίρεσης της χώρας (13 περιφέρειες) σε υγειονομική (7 ΥΠΕ). Οι σχετικοί υπολογισμοί δεν μπορούν να ενσωματώσουν πλήρως τις επικαλύψεις μεταξύ των ΥΠΕ,

όταν δραστηριοποιούνται στην ίδια διοικητική περιφέρεια (π.χ. 3η και 4η ΥΠΕ), καθώς και τις μετακινήσεις ασθενών σε

διαφορετική ΥΠΕ από εκείνη της μόνιμης κατοικίας τους.

ABSTRACT

Regional discrepancies in the provision of primary health care by regional health authorities' units

S. KARAKOLIAS,¹ N. POLYZOS^{1,2}

¹Department of Nursing, Democritus University of Thrace, Alexandroupolis, ²Department of Medicine, Democritus University of Thrace, Alexandroupolis, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2026, 43(4):499–507

OBJECTIVE To assess the extent of regional disparities in public primary health care (PHC), focusing on services provided by PHC units owned by regional health authorities (RHAs). **METHOD** The research was based on the development of resource allocation indicators that highlighted variations between PHC units and hospitals and among RHAs. All data were freely accessible and related to the number of visits to PHC units and hospitals, key RHA's financial figures, staffing of PHC units, and the catchment population per region. **RESULTS** In an environment of declining visits to public PHC, a tendency for PHC facilities to attract more emergencies than in the past was identified. At the same time, in specific geographical areas, hospitals were found to absorb proportionately more cases, that is, about half of the total. Strong regional disparities were identified among RHAs, starting with their size in terms of the number of visits to PHC units. Two RHAs deviated significantly from the others in terms of medical and nursing staff indicators. Service utilization and productivity also differed significantly, creating the basis for variations in efficiency. At the financial level, additional inequalities were identified, with some RHAs accumulating higher-value assets, more regular income, and more government grants than others. **CONCLUSIONS** Regional disparities/inequalities in Greek public PHC extend across the entire spectrum of resource allocation. Balance is impossible to achieve through market self-regulation; therefore, the reallocation of resources is assigned to health policy. This process should consider standard indicators of asset and human resource density, service utilization, labor productivity, and efficiency.

Key words: Primary health care, Regional disparities, Regional health authorities, Resource allocation

Βιβλιογραφία

- ECONOMOU C. Greece's healthcare system and the crisis: A case study in the struggle for a capable welfare state. *An Inst Hig Med Trop (Lisb)* 2018, 17:7–26
- ECONOMOU C, KATELIDOU D, KARANIKOLOS M, MARESSO A. Greece: health system review. *Health Syst Transit* 2017, 19:1–192
- ATHANASIADIS A, KOSTOPOULOU S, PHILALITHIS A. Regional decentralisation in the Greek health care system: Rhetoric and reality. *Glob J Health Sci* 2015, 7:55–67
- PUL L. Fairness of the distribution of public medical and health resources. *Front Public Health* 2021, 9:768728
- LIONIS C, SYMVOULAKIS EK, MARKAKI A, PETELOS E, PAPADAKIS S, SIFAKI-PISTOLLA D ET AL. Integrated people-centred primary health care in Greece: Unravelling Ariadne's thread. *Prim Health Care Res Dev* 2019, 20:e113
- LIONIS C, PAPADAKIS S, TATSU C, BERTSIAS A, DUIJKER G, MEKOURIS PB ET AL. Informing primary care reform in Greece: Patient expectations and experiences (the QUALICOPC study). *BMC Health Serv Res* 2017, 17:255
- KOTSIU O S, SRIVASTAVA DS, KOTSIOS P, EXADAKTYLOS AK, GOURGOULIANIS KI. The emergency medical system in Greece: Opening Aeolus' bag of winds. *Int J Environ Res Public Health* 2018, 15:745
- LYTRAS T, TSIODRAS S. Total patient load, regional disparities and in-hospital mortality of intubated COVID-19 patients in Greece, from September 2020 to May 2021. *Scand J Public Health* 2022, 50:671–675
- RODRÍGUEZ-POSE A, PSYCHARIS Y, TSELIOS V. Politics and investment: Examining the territorial allocation of public investment in Greece. *Reg Stud* 2015, 50:1097–1112
- PAPADAKAKI M, LIONIS C, SARIDAKI A, DOWRICK C, DE BRÚN T, O'REILLY-DE BRÚN M ET AL. Exploring barriers to primary care for migrants in Greece in times of austerity: Perspectives of service providers. *Eur J Gen Pract* 2017, 23:128–134
- KOTSIU O S, KOTSIOS P, SRIVASTAVA DS, KOTSIOS V, GOURGOULIANIS KI, EXADAKTYLOS AK. Impact of the refugee crisis on the Greek healthcare system: A long road to Ithaca. *Int J Environ Res Public Health* 2018, 15:1790
- ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ. Παρουσιάσεις – εκθέσεις λειτουργικών συγκοινωνούντων στοιχείων ανά Υ.Πε. και σύνολο. Υπουργείο Υγείας, Αθήνα, 2025. Διαθέσιμο στο: <https://www.moh.gov>

- gr/articles/bihealth/stoixeia-noshleytikhs-kinshs
13. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ. Δημογραφικά χαρακτηριστικά. ΕΛΣΤΑΤ, Αθήνα, 2025. Διαθέσιμο στο: <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE06>
 14. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ. Κέντρα Υγείας και Θεραπευτήρια (κλίνες-προσωπικό-εξοπλισμός). ΕΛΣΤΑΤ, Αθήνα, 2024. Διαθέσιμο στο: <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SAM03>
 15. SOULIOTIS K, TSIMTSIOU Z, GOLNA C, NIKOLAIDIS, LIONIS C. Citizen preferences for primary health care reform in Greece. *Hipokratia* 2019, 23:111–117
 16. KONDILIS E, BENOS A. The COVID-19 pandemic and the private health sector: Profiting without socially contributing. *Int J Soc Determinants Health Health Serv* 2023, 53:466–477
 17. COOPER A, CARSON-STEVENS A, HUGHES T, EDWARDS A. Is streaming patients in emergency departments to primary care services effective and safe? *Br Med J* 2020, 368:m46
 18. AL-OTMY SS, ABDULJABBAR AZ, AL-RADDADI RM, FARAHAT F. Factors associated with non-urgent visits to the emergency department in a tertiary care centre, western Saudi Arabia: Cross-sectional study. *BMJ Open* 2020, 10:e035951
 19. LI C, CHEN Z, KHAN MM. Bypassing primary care facilities: Health-seeking behavior of middle age and older adults in China. *BMC Health Serv Res* 2021, 21:895
 20. MEI K, KOU R, BI Y, LIU Y, HUANG J, LI W. A study of primary health care service efficiency and its spatial correlation in China. *BMC Health Serv Res* 2023, 23:247
 21. ALFAQEEH G, COOK EJ, RANDHAWA G, ALI N. Access and utilisation of primary health care services comparing urban and rural areas of Riyadh Providence, Kingdom of Saudi Arabia. *BMC Health Serv Res* 2017, 17:106
 22. AYTONA MG, POLITICO MR, McMANUS L, RONQUILLO K, OKECH M. Determining staffing standards for primary care services using workload indicators of staffing needs in the Philippines. *Hum Resour Health* 2022, 19(Suppl 1):129
 23. GOODYEAR-SMITH F, BAZEMORE A, COFFMAN M, FORTIER R, HOWE A, KIDD M ET AL. Primary care research priorities in low- and middle-income countries. *Ann Fam Med* 2019, 17:31–35
 24. LEE C, VU THT, FULLER JA, FREEDMAN M, BANNON J, WILKINS JT ET AL. The association of burnout with work absenteeism and the frequency of thoughts in leaving their job in a cohort of healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Front Health Serv* 2023, 3:1272285
 25. ΚΑΡΑΚΟΛΙΑΣ Σ, ΜΠΑΡΤΖΩΚΑΣ Δ, ΠΟΛΥΖΟΣ Ν. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: Η ελληνική περίπτωση ενόψει μεταρρύθμισης. *Αρχ Έλλ Ιατρ* 2021, 38:524–530
 26. VAN HOOF SJ, KROESE ME, SPREEUWENBERG MD, ELISSEN AM, MEERLO RJ, HANRAETS MM ET AL. Substitution of hospital care with primary care: Defining the conditions of primary care plus. *Int J Integr Care* 2016, 16:12
 27. ALMEIDA A, VALES J. The impact of primary health care reform on hospital emergency department overcrowding: Evidence from the Portuguese reform. *Int J Health Plann Manage* 2020, 35:368–377
 28. ΚΑΡΑΚΟΛΙΑΣ Σ, ΚΑΣΤΑΝΙΟΤΙ C, ΘΕΟΔΩΡΟΥ Μ, ΠΟΛΥΖΟΣ Ν. Primary care doctors' assessment of and preferences on their remuneration. *Inquiry* 2017, 54:46958017692274
- Corresponding author:*
- S. Karakolias, 10 M. Alexandrou street, 570 01 Thessaloniki, Greece
e-mail: s.karakolias@gmail.com
-