



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ:

**«ΤΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, ΩΣ ΔΟΜΙΚΟΣ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΠΡΟΑΣΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΩΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ
ΑΓΑΘΟ»**

TITLE:

**«THE DEMOGRAPHIC PROBLEM IN GREECE, AS A STRUCTURAL
FACTOR IN THE PROTECTION OF PUBLIC HEALTH, AS A SOCIAL
GOOD»**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ: ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΜΑΝΩΛΗ

ΑΜ: 2221096/0338

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ: ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

ΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ,

Επικουρος Καθηγητής «Διοίκησης και Πολιτικών Δημόσιας και Ενιαίας Υγείας»,
του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2025



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ ιδιαίτερα,

τον εξαίρετο, κ. Β. Διαμαντόπουλο, ως άνθρωπο και ως καθηγητή, για την απεριόριστη υπομονή, συμπαράσταση, υποστήριξη και καθοδήγηση, γιατί χωρίς την σημαντική βοήθειά του, δεν θα ήταν δυνατή η εκπόνηση αυτής της πτυχιακής εργασίας.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ από καρδιάς, σε όλους τους θαυμάσιους ανθρώπους και εξαίρετους καθηγητές/καθηγήτριες, του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, του τμήματος Δημόσιας και Ενιαίας Υγείας, για την υπομονή τους στις απορίες μου, για όλα όσα μου δίδαξαν, για τις γνώσεις που μου μετέδωσαν, και τις δυνατότητες εξέλιξης και καλύτερης εκδοχής του εαυτού μου, ώστε να προσφέρω τις υπηρεσίες μου, όντας πιο έτοιμη, ως μελλοντική Επόπτης Υγείας, στον κλάδο της Δημόσιας & Ενιαίας Υγείας.

Τιμή μου που σας γνώρισα και υπήρξα φοιτήτριά σας!

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τους ανθρώπους στη γραμματεία του τμήματος καθώς και όλους τους συμφοιτητές / συμφοιτήτριές μου, που μου στάθηκαν σε όλη τη διαδρομή της φοίτησής μου.

Τέλος, ευχαριστώ πολύ, τον σύζυγό μου και την οικογένειά μου, που πάντα είναι στο πλευρό μου και με στηρίζουν με την αγάπη τους και την υπομονή τους.

Αφιερώνω αυτή την εργασία στη μνήμη των γονέων μου!



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

Περίληψη

Το δημογραφικό πρόβλημα είναι σύνθετο, πολυεπίπεδο και αποτελεί σημαντικό θέμα, που επιδρά στο υγειονομικό, κοινωνικό και οικονομικό σύστημα, της Ελλάδας. Το δημογραφικό πρόβλημα αφορά την αλλαγή στην ηλικιακή δομή του πληθυσμού της Ελλάδας, που άρχισε να διαφαίνεται αισθητά από το 2011 και μετά. Η μετανάστευση των νέων προς άλλες χώρες, όπου πιστεύουν ότι εκεί θα έχουν καλύτερες εκπαιδευτικές και επαγγελματικές ευκαιρίες, αποτελεί επιπρόσθετο παράγοντα εκδήλωσης της δημογραφικής γήρανσης.

Η δημογραφική γήρανση, οφείλεται σε αλλαγή των δεικτών των γεννήσεων και των θανάτων που είναι αντιστρόφως ανάλογη, δηλαδή υπάρχει πτώση των γεννήσεων και υπεροχή των θανάτων, αλλά και στην αύξηση του προσδωκόμενου χρόνου ζωής. Καθώς μειώνονται οι γεννήσεις η νέα γενιά που ακολουθεί την προηγούμενη ανανεώνεται ελάχιστα και είναι μικρότερη. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μειώνεται ο νεανικός πληθυσμός και να αυξάνεται ο γεροντικός. Η γήρανση του πληθυσμού επιφέρει την μείωση του εργατικού δυναμικού, που μετέπειτα ακολουθείται από την επιβάρυνση του ασφαλιστικού και οικονομικού συστήματος της χώρας. Επίσης, επηρεάζει την ελληνική κοινωνία, με τις επερχόμενες μεταβολές στον πληθυσμό και στην υγεία, λόγω της ανόδου των δεικτών του προσδωκόμενου χρόνου ζωής και της πληθυσμιακής ηλικιακής γήρανσης, οι γηραιότεροι θα είναι περισσότεροι των νεότερων, θα χρειαστεί άλλου είδους πλαίσιο υποδομών, πρόσβασης, φροντίδας και νοσοκομειακής κάλυψης για μακροχρόνια φροντίδα, οίκοι ευγηρίας και κέντρα φροντίδας ηλικιωμένων. Η απάντηση στη γήρανση του πληθυσμού και την υγεία είναι η προαγωγή της υγιούς γήρανσης κατά τη διάρκεια της ζωής. Αντί να θεωρείται η γήρανση του πληθυσμού ως αρνητικό κοινωνικό φαινόμενο, να δημιουργηθεί μια καλύτερη κοινωνία, όπου οι ηλικιωμένοι θα μπορούν να απολαμβάνουν τα κοινωνικά



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

αγαθά της με τη βέλτιστη σωματική και ψυχική υγεία, με ευημερία μέσω της ενίσχυσης, της συμβολής, της συνεργασίας, της αλληλεγγύης, της ενότητας, της βοήθειας και της αλληλοϋποστήριξης. Η πρόκληση είναι το ίδιο το δημογραφικό πρόβλημα να αντιστραφεί θετικά, ώστε να αποτελέσει δομικό παράγοντα προάσπισης της δημόσιας υγείας ως κοινωνικό αγαθό. Η υγιής γήρανση μέσω της πρόληψης και την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καθώς και άλλων δομών, να γίνει ενεργός γήρανση και να συνεισφέρει θετικά στην ποιότητα ζωής και στην δημόσια υγεία όλων.

Λέξεις Κλειδιά : Δημογραφικό, γήρανση (υγιής και ενεργός), γονιμότητα, απογραφή πληθυσμού, κοινωνικό αγαθό

Abstract

The demographic problem is complex, multi-layered, and constitutes an important issue that affects the healthcare, social, and economic systems of Greece. The demographic problem concerns the change in the age structure of the Greek population, which started to become noticeably apparent after 2011. The migration of young people to other countries, where they believe they will have better educational and professional opportunities, is an additional factor contributing to the demographic aging.

Demographic aging is due to changes in birth and death rates, which are inversely proportional, meaning there is a decline in births and an increase in deaths, as well as an increase in life expectancy. As births decrease, the new generation succeeding the previous one is renewed minimally and is smaller. This results in a reduction of the youth population and an increase in the elderly population. Population aging leads to a reduction in the labor force, followed by the strain on the country's pension and economic system. Additionally, it impacts Greek society, with upcoming demographic shifts and health implications, as life expectancy increases and the population ages.

The elderly will outnumber the younger, requiring a different framework for infrastructure, access, care, and hospital coverage for long-term care, nursing homes, and elderly care centers.

The response to population aging and health is the promotion of healthy aging throughout life. Instead of viewing population aging as a negative social phenomenon, a better society should be created where the elderly can enjoy the social benefits with optimal physical and mental health, well-being through strengthening, contribution, cooperation, solidarity, unity, help, and mutual support. The challenge is for the demographic problem itself to be reversed positively, so that it becomes a structural factor in the defense of public health as a social good. Healthy aging through prevention and the development of primary healthcare, as well as other structures, should become active aging and contribute positively to the quality of life and public health for all.

Keys Words: Demographic problem, ageing (healthy and active), fertility, population census, social good



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ : ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟ, ΓΗΡΑΝΣΗ (ΥΓΙΗΣ ΚΑΙ ΕΝΕΡΓΟΣ), ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ, ΑΠΟΓΡΑΦΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΑΓΑΘΟ	4
ABSTRACT.....	4
KEYS WORDS: DEMOGRAPHIC PROBLEM, AGEING (HEALTHY AND ACTIVE), FERTILITY, POPULATION CENSUS, SOCIAL GOOD.....	5
Α.ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ ΕΙΚΟΝΩΝ	9
Β.ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ ΠΙΝΑΚΩΝ	11
Γ.ΠΙΝΑΚΑΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	13
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΑ- ΟΡΙΣΜΟΙ- ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ	18
1.1.Δημογραφία - Δημογραφικοί δείκτες.....	18
1.2.Πληθυσμιακή πυραμίδα.....	19
1.3.Δημογραφική γήρανση.....	21
1.4.Μείωση γονιμότητας.....	21
1.5.Αύξηση προσδόκιμου ζωής κατά τη γέννηση.....	21
1.6.Κυριότερες αιτίες θνησιμότητας.....	24
1.7.Χρόνια υγιούς ζωής	24
1.8.Διάμεση ηλικία	25
1.9.Δείκτες εξάρτησης ηλικίας	27
1.10.Πληθυσμιακές πυραμίδες-στάδια πληθυσμού.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΑΠΟΓΡΑΦΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	35
2.1.Απογραφή πληθυσμού στην Ελλάδα	35
2.2.Αποτελέσματα απογραφής ελληνικού πληθυσμού 19ος αι.- 20ος αι.- 21ος αιώνας.....	37



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ -ΤΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ	40
3.1.Δημογραφικές και κοινωνικές εξελίξεις	40
3.2.Το Δημογραφικό Πρόβλημα στην Ελλάδα και τα χαρακτηριστικά του	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΤΗΝ 1Η ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ 2024, ΠΑΝΩ ΣΕ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ (ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ-ΘΑΝΑΤΟΙ) ΚΑΙ ΣΕ ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΩΝ ΡΟΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2023, ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΡΧΗΣ ΤΗΝ 1.1.2024	53
ΠΙΝΑΚΑΣ.3:ΕΙΣΕΡΧΟΜΕΝΟΙ & ΕΞΕΡΧΟΜΕΝΟΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ & ΚΑΘΑΡΗ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ (1991-2023).....	67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. 5.1.ΓΗΡΑΝΣΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ.ΑΙΤΙΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	70
5.2.ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ	70
5.3.ΕΝΕΡΓΟΣ ΓΗΡΑΝΣΗ & ΥΓΙΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗ -ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	70
5.1 Γήρανση πληθυσμού. Αιτίες και Επιπτώσεις της γήρανσης του πληθυσμού	70
5.2.Κοινωνικοοικονομικές συνέπειες της γήρανσης	72
5.2.1.Κοινωνικοπολιτικές συνέπειες της γήρανσης	74
5.2.2.Κοινωνικές συνέπειες της γήρανσης	74
5.3.Υγιής γήρανση και Ενεργός γήρανση- Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.....	76
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ -ΠΡΟΛΗΨΗ	80
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ -ΟΡΙΣΜΟΣ -ΕΠΙΠΕΔΑ	87
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ. ΤΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΕΝΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ.....	89
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟ	93
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	95



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	99
Ελληνόγλωσση	99
Ξενόγλωσση	101
Λιαδικτύου	102



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

Α.ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ ΕΙΚΟΝΩΝ

ΕΙΚΟΝΑ ΕΞΩΦΥΛΛΟΥ: Το λογότυπο του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και το λογότυπο του τμήματος Δημόσιας Ενιαίας Υγείας, πηγή: από το πρότυπο του Παν.Θεσσαλίας και του τμήματος ΔΕΥ, ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΣΕΛΙΔΕΣ από τις ΚΕΦΑΛΙΔΕΣ. (Σημειώσεις από το μάθημα Υγιής Γήρανση, Μάθημα 1, Γεωργία Σκούφη ΠΑΝ.ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ, 2023) (Σημειώσεις από το μάθημα Υγιής Γήρανση, Μάθημα 1, Γεωργία Σκούφη ΠΑΝ.ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ, 2023)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Εικ.1. Διάγραμμα πληθυσμιακής πυραμίδας (Σημειώσεις από το μάθημα Υγιής Γήρανση, Μάθημα 1, Γεωργία Σκούφη ΠΑΝ.ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ, 2023).....σελ.19

Εικ.2.Πληθυσμός της Ελλάδας κατά φύλλο και ηλικία, σύμφωνα με τις απογραφές 1961και 1971,Πηγή : Ελληνική Δημοκρατία Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας, 1980, (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας, Ελληνική Δημοκρατία,, 1980)
.....σελ.20

Εικ.3. Χρόνια υγιούς ζωής κατά τη γέννηση ή προσδόκιμο ζωής χωρίς ανικανότητα, στην Ευρώπη, Πηγή: ec.europa.eu/eurostat, (Σημειώσεις από το μάθημα Υγιής Γήρανση, Μάθημα 1, Γεωργία Σκούφη ΠΑΝ.ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ, 2023).....σελ.25

Εικ.4. Δείκτης εξάρτησης ηλικίας, (Σημειώσεις από το μάθημα Υγιής Γήρανση, Μάθημα 1, Γεωργία Σκούφη ΠΑΝ.ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ, 2023).....σελ.27

Εικ.5.επανάληψη της (Εικ.1) Διάγραμμα πληθυσμιακής πυραμίδας, (Σημειώσεις από το μάθημα Υγιής Γήρανση, Μάθημα 1, Γεωργία Σκούφη ΠΑΝ.ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ, 2023).....σελ.32

Εικ.6.Στάδιο 1-πληθυσμός γρήγορα αυξανόμενος, (Σημειώσεις από το μάθημα Υγιής Γήρανση, Μάθημα 1, Γεωργία Σκούφη ΠΑΝ.ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ, 2023)
.....σελ.32

Εικ.7.Στάδιο 2-πληθυσμός μέτρια αυξανόμενος, (Σημειώσεις από το μάθημα Υγιής Γήρανση, Μάθημα 1, Γεωργία Σκούφη ΠΑΝ.ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ, 2023).....σελ.33



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

Εικ.8. Στάδιο 3- Εδώ έχουμε πληθυσμό με υψηλό δείκτη γονιμότητας και μέτριο θνησιμότητας, (Σημειώσεις από το μάθημα Υγής Γήρανση, Μάθημα 1,Γεωργία Σκούφη ΠΑΝ.ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ, 2023)..... σελ.33

Εικ.9.Στάδιο 4- Πληθυσμός που μειώνεται , (Σημειώσεις από το μάθημα Υγής Γήρανση, Μάθημα 1,Γεωργία Σκούφη ΠΑΝ.ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ, 2023)σελ.34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Εικ.10. Αποτελέσματα απογραφής 2021,Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2021, Πηγή :ΕΛΣΤΑΤ, Αποτελέσματα απογραφής 2021,Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2021,σελ.36

Εικ.11. ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΟ, Πηγή :ΕΛΣΤΑΤ,2021, (ΕΛΣΤΑΤ, ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ, 2025).....σελ.38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Εικ.12. Οι 17 Στόχοι Βιώσιμης Ανάπτυξης, Πηγή: (ΟΗΕ,Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών,UNRIC,UNITED NATIONS REGIONAL INFORMATION CENTRE),.....σελ.82



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

Β. ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Πίνακας 1. Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση παγκοσμίως το 2020, (Σημειώσεις από το μάθημα Υγιής Γήρανση, Μάθημα 1, Γεωργία Σκούφη ΠΑΝ.ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ, 2023).....σελ.22,23

Πίνακας 2. Οι χώρες με τη μεγαλύτερη διάμεση ηλικία παγκοσμίως (UN 2019)

& Χώρες της Ε.Ε (Σημειώσεις από το μάθημα Υγιής Γήρανση, Μάθημα 1, Γεωργία Σκούφη ΠΑΝ.ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ, 2023).....σελ.26

Πίνακας 3. Δείκτες εξάρτησης ηλικίας πληθυσμού, Πηγή: eurostat, (Σημειώσεις από το μάθημα Υγιής Γήρανση, Μάθημα 1, Γεωργία Σκούφη ΠΑΝ.ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ, 2023).....σελ.29

Πίνακας 4. Δείκτης εξάρτησης ηλικιωμένων & συνολικός δείκτης εξάρτησης (προοπτική), (Σημειώσεις από το μάθημα Υγιής Γήρανση, Μάθημα 1, Γεωργία Σκούφη ΠΑΝ.ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ, 2023).....σελ.30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Πίνακας 1 . ΑΠΟΓΡΑΦΗ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ 19ος αι., 20ος αι., 21ος αι., ιδία επεξεργασία δεδομένων, σύμφωνα με την αποτύπωση της ΕΛΣΤΑΤ, 2025,.....σελ.34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Πίνακας 1. Εκτιμώμενος Πληθυσμός της Χώρας την 1η Ιανουαρίου 2024 κατά φύλο, Περιφέρεια και Περιφερειακή Ενότητα

(ΕΛΣΤΑΤ, Στοιχεία Εκτιμώμενου Πληθυσμού (1.1.2024) και Μεταναστευτικών Ροών της Χώρας (2023)) (Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail: data.dissem@statistics.gr, 2024).....σελ.54,55,56,57,58

Πίνακας 2. Εκτιμώμενος Πληθυσμός της Χώρας την 1η Ιανουαρίου 2024 κατά φύλο και ομάδα ηλικιών (ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, 2024) ,



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

(ΕΛΣΤΑΤ,Στοιχεία Εκτιμώμενου Πληθυσμού (1.1.2024) και Μεταναστευτικών Ροών της Χώρας (2023); Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail: data.dissem@statistics.gr, 2024)σελ.59,60

Πίνακας 3. Εισερχόμενοι – εξερχόμενοι μετανάστες, 1991 – 2023, (Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail: data.dissem@statistics.gr, 2024) (ΕΛΣΤΑΤ,Στοιχεία Εκτιμώμενου Πληθυσμού (1.1.2024) και Μεταναστευτικών Ροών της Χώρας (2023))..... **σελ.66,67**



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

Γ.ΠΙΝΑΚΑΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Γράφημα 1. Εκτιμώμενος Πληθυσμός και Δείκτης Γήρανσης της Χώρας για τα έτη 1951 – 2011 και 2024, (ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, 2024) (Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail: data.dissem@statistics.gr, 2024).....σελ.60

Γράφημα 2. Ποσοστιαία κατανομή του Εκτιμώμενου Πληθυσμού της Χώρας σε ευρείες ομάδες ηλικιών για τα έτη 1951 – 2011 και 2024, (ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, 2024; Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail: data.dissem@statistics.gr, 2024)σελ.61

Γράφημα 3. Κατανομή Εκτιμώμενου Πληθυσμού κατά φύλο για το σύνολο της Χώρας την 1η Ιανουαρίου 2024 (ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, 2024), (Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail: data.dissem@statistics.gr, 2024)..... σελ.62

Γράφημα 4. Κατανομή Εκτιμώμενου Πληθυσμού κατά Περιφέρεια (NUTS 2) την 1η Ιανουαρίου 2024, (Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail: data.dissem@statistics.gr, 2024).....σελ.63

Γράφημα 5. Εκτιμώμενος Πληθυσμός κατά φύλο και Περιφέρεια (NUTS 2) την 1η Ιανουαρίου 2024, (ΕΛΣΤΑΤ,Στοιχεία Εκτιμώμενου Πληθυσμού (1.1.2024) και Μεταναστευτικών Ροών της Χώρας (2023); Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail: data.dissem@statistics.gr, 2024).....σελ.64

Γράφημα 6. Πυραμίδα Εκτιμώμενου Πληθυσμού της Χώρας κατά φύλο και ομάδα ηλικιών την 1η Ιανουαρίου 2024, (ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, 2024; Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail: data.dissem@statistics.gr, 2024).....σελ.65

Γράφημα 7. Εισερχόμενοι - Εξερχόμενοι μετανάστες, 1991 – 2023, (ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, 2024; Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail: data.dissem@statistics.gr, 2024).....σελ.65



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

Χάρτης των Περιφερειών (NUTS2) της Ελλάδος, (ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, 2024) (Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail: data.dissem@statistics.gr, 2024).....σελ.69

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Πίνακας 1.Ελλάς- Ποσοστιαία(%) κατανομή των δαπανών κοινωνικής προστασίας του συστήματος ESSPROS 2011-2022.Πηγή : (Διεύθυνση Τομεακών Στατιστικών, 2025) (Διεύθυνση Τομεακών Στατιστικών, 2025) (ΕΛΣΤΑΤ, LIVING CONDITIONS_0725.pdf, 2025).....σελ.91.



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το δημογραφικό πρόβλημα, ως όρος χρησιμοποιείται για την περιγραφή των προβλημάτων που δημιουργεί η δυσανάλογη αύξηση ή μείωση του πληθυσμού καθώς και τις αλλαγές της πληθυσμιακής σύνθεσης μιας χώρας ή μιας περιοχής. Η τεράστια τεχνολογική και επιστημονική εξέλιξη παγκοσμίως και η καλυτέρευση σε οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο, των συνθηκών του τρόπου διαβίωσης και της ποιότητας ζωής, μετέβαλλαν τη δυναμική και δημογραφική σύνθεση του ανθρώπινου πληθυσμού σε όλον τον πλανήτη.

Το δημογραφικό πρόβλημα, άρχισε να διαφαίνεται πριν από πολλά έτη στην Ελλάδα και είναι εξελισσόμενο. Αποτελεί κύριο αντικείμενο μελέτης που απασχολεί όλους τους τομείς, ερευνάται διαρκώς, όχι μεμονωμένα αλλά συνδυαστικά με άλλους παράγοντες αλληλεξαρτώμενους και εξετάζεται με ιδιαίτερη προσοχή.

Παράγοντες που επηρεάζουν το δημογραφικό πρόβλημα στην Ελλάδα, είναι η πτώση της γεννητικότητας -γονιμότητας και της θνησιμότητας, η ολοένα ανοδική πορεία της γήρανσης καθώς και η αύξηση του προσδόκιμου ζωής, η μετανάστευση, οι κοινωνικές- δημογραφικές μεταβολές όπως η επιθυμία για γάμο, τα διαζύγια κλπ. αλλά και η ανησυχητική γεωγραφική κατανομή της αύξησης ή της μείωσης του ελληνικού πληθυσμού, σε διάφορες περιοχές της νησιωτικής και της ηπειρωτικής Ελλάδας.

Το δημογραφικό πρόβλημα είναι ένα βασικό θέμα που επηρεάζει τα οικονομικά και κοινωνικά συστήματα όλων, όχι μόνο την Ελλάδα, αλλά και ολόκληρου του γήινου πλανήτη γενικότερα. Το δημογραφικό πρόβλημα της Ελλάδας, όμως είναι αντίστροφο από αυτό του πλανήτη. Ενώ δηλαδή, ο πλανήτης μας έχει υπερβεί κατά πολύ τα πληθυσμιακά όρια και όντας υπερφορτωμένος χρειάζεται κάποιος έλεγχος



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

προς την κατεύθυνση αυτή, αντιθέτως ο πληθυσμός της Ελλάδας μειώνεται συνεχώς. Γι αυτό, λοιπόν, κρίνεται αναγκαίο, μιας άλλης, διαφορετικής, κοινωνικής και πολιτικής, οπτικής και προσέγγισης αυτού του θέματος, που προέκυψε.

Το δημογραφικό πρόβλημα αποτελεί όχι απλό θέμα, αλλά σύνθετο, πολυεπίπεδο, δεν έχει τις ίδιες αιτίες, ούτε καταλήγει στα ίδια αποτελέσματα, ανά χώρα, ανά ημισφαίριο, βορρά, νότο, δύση και ανατολή, ούτε είναι μονοσήμαντο. Θα μπορούσε να πει κανείς, τα προηγούμενα χρόνια της βαρειάς οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, ότι η οικονομική δυσπραγία είναι ένας από τους κινητήριους μοχλούς στην αύξηση του δείκτη της υπογεννητικότητας. Την ίδια στιγμή όμως, συμβαίνει σε βόρεια ευρωπαϊκά κράτη, όπως στη Σουηδία που φέρει ένα καλό οικονομικό και κοινωνικό σύστημα, να έχουν υπογεννητικότητα. Άρα, το δημογραφικό πρόβλημα, το βρίσκουμε κι αλλού με άλλες αιτίες.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΑ- ΟΡΙΣΜΟΙ- ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ

1.1 Δημογραφία - Δημογραφικοί δείκτες

Η Δημογραφία (demography), είναι η επιστήμη που μελετάει τα κύρια χαρακτηριστικά φυσικής κίνησης, (θανάτους, γεννήσεις, γάμους, διαζύγια) και νοσηρότητας στο επίπεδο του πληθυσμών. Αποτελεί μια κατεξοχήν περιγραφική ειδικότητα της επιδημιολογίας και της δημόσιας υγιεινής. Τα δεδομένα της δημογραφίας, αποτελούν πλεονέκτημα, γιατί απεικονίζουν ευρέως την καθολική υγεία ενός πληθυσμού. Μειονεκτούν όμως, γιατί εξαρτώνται από αμέτρητους άλλους παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι, αν και συγκεκριμένοι κάποιοι από αυτούς, είναι πολύ δύσκολα να αναγνωριστούν, να απομονωθούν και να συσχετιστούν.

Γεννητικότητα (birth rate) ενός πληθυσμού είναι ο αριθμός των γεννήσεων σε ένα δεδομένο χρονικό διάστημα. Μπορεί να παρουσιαστεί και με συνυπολογισμό των ετών της αναπαραγωγικής ηλικίας ανάμεσα στις γυναίκες ενός πληθυσμού οπότε αναφερόμαστε στη γονιμότητα του πληθυσμού (fertility).

Η γονιμότητα (fertility) είναι ο αριθμός των γεννήσεων ανά έτος /ανά χίλιες γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Ως όρια αναπαραγωγικής ηλικίας, τυπικά θεωρούνται τα 18 και 50 έτη.

Η γενική θνησιμότητα ενός πληθυσμού είναι η επίπτωση των θανάτων από όλες τις αιτίες μέσα σε δεδομένο χρονικό διάστημα, συνήθως ένα έτος.

Σημαντική αξία έχουν για την εκτίμηση της καθολικής υγείας και του υψηλότερου δείκτη παροχής υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας και πρόσβασης σε αυτές τις υπηρεσίες, σε ένα κοινωνικό σύνολο, κυρίως οι ειδικοί δημογραφικοί δείκτες, μητρικής θνησιμότητας και νεογνικής θνησιμότητας .



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



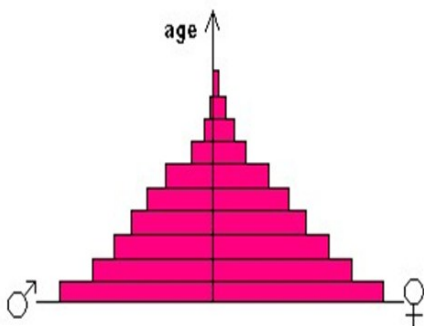
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

Ο δείκτης μητρικής θνησιμότητας, αφορά την αναλογία των γυναικών που φεύγουν από τη ζωή, στα στάδια της κύησης, του τοκετού και της λοχείας, ως προς το άθροισμα των γεννήσεων ζώντων και νεκρών.

Ο δείκτης νεογνικής θνησιμότητας (neonatal mortality), ορίζεται ως ο λόγος των θανάτων νεογνών (0-27 ημερών) ως προς τις γεννήσεις ζώντων σε ένα έτος.

1.2. Πληθυσμιακή πυραμίδα

Μια ενδιαφέρουσα παρουσίαση δημογραφικών στοιχείων είναι η παρουσίαση του **διαγράμματος της ηλικιακής κατανομής (πληθυσμιακή πυραμίδα, age distribution)** ενός πληθυσμού και η μελέτη εξέλιξής του με την πάροδο του χρόνου.



Εικ.1 Διάγραμμα πληθυσμιακής πυραμίδας

Το διάγραμμα ηλικιακής κατανομής δείχνει τον αριθμό των ανθρώπων που βρίσκονται στην κάθε συγκεκριμένη ηλικία στην δεδομένη χρονική στιγμή. Συνήθως ξεχωριστά δεδομένα δίνονται για το κάθε φύλο αριστερά και δεξιά από τον κάθετο



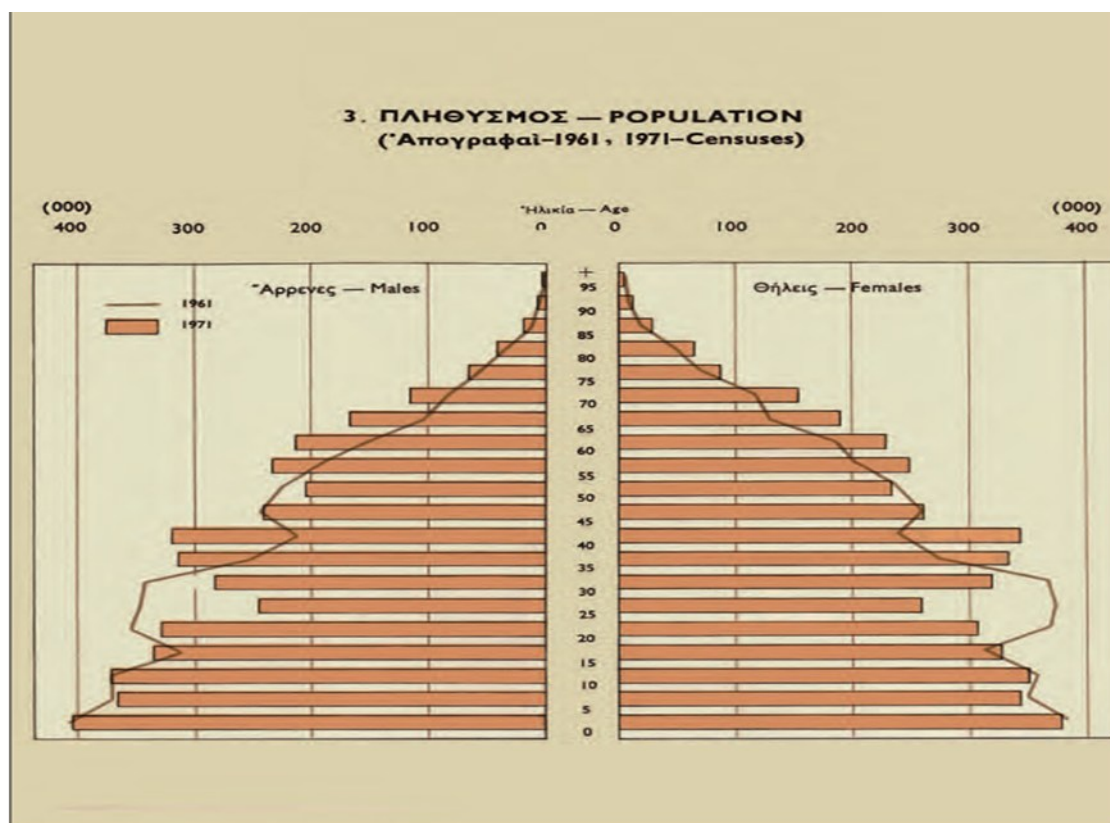
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

άξονα που μας δείχνει την ηλικία. Η μορφή του διαγράμματος ηλικιακής κατανομής εξαρτάται από τον τύπο της κοινωνίας και από την παρουσία στο παρελθόν επιδράσεων που έχουν προκαλέσει σοβαρές διαχρονικές αλλαγές στη γεννητικότητα ή θνησιμότητα του πληθυσμού. Τέτοιες επιδράσεις προέρχονται κυρίως από πολέμους ή μεγάλες επιδημίες. Μείωση της γεννητικότητας ή αύξηση της θνησιμότητας προκαλεί εσοχές (κολοβώματα) στο διάγραμμα καθώς εναπομένουν λιγότερα άτομα. Ανεπτυγμένες χώρες με υπογεννητικότητα εμφανίζουν σχετική συρρίκνωση της βάσης των μικρών ηλικιών, αλλά διατηρούν μεγάλο εύρος μέχρι τις μεγάλες ηλικίες. Αντιθέτως, αναπτυσσόμενες χώρες με αυξημένη γεννητικότητα εμφανίζουν μια πιο πυραμιδωτή κατανομή με πολλά νέα άτομα και μικρή επιβίωση σε μεγάλες ηλικίες (Ιωαννίδης,Ι.,2009)





ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

Εικ.2.Πληθυσμός της Ελλάδας κατά φύλλο και ηλικία, σύμφωνα με τις απογραφές 1961 και 1971, Πηγή: Ελληνική Δημοκρατία Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας, 1980

1.3.Δημογραφική γήρανση

Η δημογραφική γήρανση ορίζεται από την ανοδική πορεία του ποσοστού, που καταλαμβάνουν οι ηλικιωμένοι (από 60 ετών και άνω) μέσα στο συνολικό πληθυσμό.

Η ηλικιακή πληθυσμιακή γήρανση, είναι μία από τις σημαντικότερες προκλήσεις παγκοσμίως. Το φαινόμενο της πληθυσμιακής ηλικιακής γήρανσης, άρχισε πριν από αρκετά έτη στην Ελλάδα, συνεχίζει να βαίνει σε εξέλιξη και να μεταβάλλεται διαρκώς στο χρόνο. Δημογραφικά, οφείλεται στην καθοδική πορεία των δεικτών της γεννητικότητας- γονιμότητας και της θνησιμότητας καθώς και στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής.

1.4.Μείωση γονιμότητας

Η πτωτική πορεία της γονιμότητας αποτελεί τον βασικότερο παράγοντα της γήρανσης του πληθυσμού. Στις αναπτυγμένες χώρες του κόσμου, ο φυσιολογικός ρυθμός αντικατάστασης -ανανέωσης του πληθυσμού, αγγίζει τον συνολικό αριθμό σχεδόν 2,1 γεννήσεις ζώντων παιδιών ανά γυναίκα, ο οποίος λαμβάνεται υπόψιν ως σταθερά, δηλώνει δηλαδή, ο υποτιθέμενος αυτός αριθμός αν ήταν σταθερός για μεγάλα χρονικά διαστήματα, τότε και το μέγεθος του ανθρώπινου πληθυσμού σε ένα τόπο θα ήταν ίδιο, στάσιμο, εφόσον δεν θα υπήρχε καμία είσοδος ή έξοδος μεταναστευτικών πληθυσμών. Επειδή η γεννητικότητα -γονιμότητα βρίσκεται σε πτωτική πορεία, η κάθε επόμενη γενιά ανανέωσης, που ακολουθεί και αντικαθιστά την προηγούμενη, με αυτά τα δεδομένα, ασφαλώς θα είναι πολύ πιο μικρή. Από αυτό προκύπτει ως κατάληξη, η ποσοστιαία μείωση του νεανικού πληθυσμού σε αντίθεση με την αύξηση του γερασμένου πληθυσμού.

1.5.Αύξηση προσδόκιμου ζωής κατά τη γέννηση

Προσδόκιμο ζωής ή προσδόκιμο επιβίωσης είναι πόσα χρόνια ζωής εκτιμάται ότι θα έχει ένας μέσος άνθρωπος από τη στιγμή της γέννησής του σε μια δεδομένη ηλικία.



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

Αρκετοί είναι οι προσδιοριστικοί παράγοντες που καθορίζουν τα προσδοκώμενα έτη ζωής όπως είναι: οι γενετικοί, οι συμπεριφορικοί προσδιοριστές (η συμπεριφορά, ο τρόπος διαβίωσης), το περιβάλλον, στο οποίο ζει και εργάζεται κάποιος, και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

#	Country	Life Expectancy (both sexes)	Females Life Expectancy	Males Life Expectancy
1	Hong Kong	85.29	88.17	82.38
2	Japan	85.03	88.09	81.91
3	Macao	84.68	87.62	81.73
4	Switzerland	84.25	86.02	82.42
5	Singapore	84.07	86.15	82.06
6	Italy	84.01	85.97	81.90
7	Spain	83.99	86.68	81.27
8	Australia	83.94	85.80	82.08
9	Channel Islands	83.60	85.31	81.82
10	Iceland	83.52	84.90	82.15
11	South Korea	83.50	86.42	80.46
12	Israel	83.49	84.91	81.98
13	Sweden	83.33	84.97	81.69
14	France	83.13	85.82	80.32
14	Martinique	83.13	86.10	79.85
15	Malta	83.06	84.68	81.37
16	Canada	82.96	84.74	81.15
17	Norway	82.94	84.78	81.11
18	Ireland	82.81	84.32	81.29
19	New Zealand	82.80	84.38	81.20
19	Greece	82.80	85.08	80.52

Πίνακας 1. Προσδόκιμα έτη ζωής κατά τη γέννηση παγκοσμίως το 2020



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

174	Benin	62.84	64.45	61.23
175	Burundi	62.71	64.56	60.85
176	Guinea	62.64	63.25	61.79
177	Angola	62.22	65.12	59.46
178	Zimbabwe	62.16	63.66	60.39
179	Togo	62.13	63.08	61.16
179	Mozambique	62.13	64.95	59.05
180	DR Congo	61.60	63.21	60.01
181	Eswatini	61.05	65.67	56.98
182	Mali	60.54	61.39	59.69
183	Cameroon	60.32	61.66	58.99
184	Equatorial Guinea	59.82	61.08	58.76
185	Guinea- Bissau	59.38	61.33	57.31
186	Côte d'Ivoire	58.75	60.13	57.50
187	South Sudan	58.74	60.31	57.21
188	Somalia	58.34	60.11	56.62
189	Sierra Leone	55.92	56.78	55.01
190	Nigeria	55.75	56.75	54.80
191	Lesotho	55.65	58.90	52.52
192	Chad	55.17	56.65	53.73
193	Central African Republic	54.36	56.58	52.16

Πίνακας 1. Προσδόκιμα έτη ζωής κατά τη γέννηση παγκοσμίως το 2020



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

1.6.Κυριότερες αιτίες θνησιμότητας

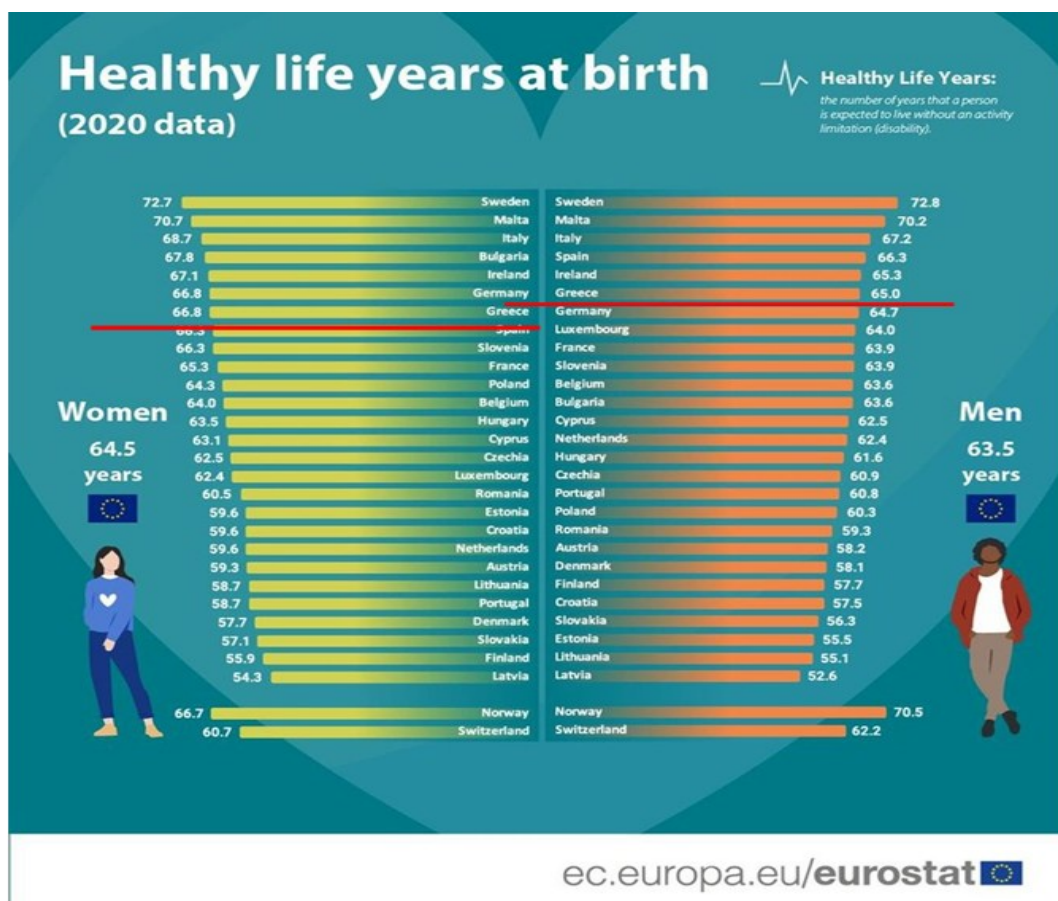
Οι δέκα κορυφαίες παγκόσμιες αιτίες θανάτου το 2019 είναι οι εξής:

Ισχαιμία του μυοκαρδίου, Αγγειακά Ισχαιμικά ή Αιμορραγικά Εγκεφαλικά Επεισόδια, Χρόνιες παθήσεις των πνευμόνων (πνευμονική ίνωση, ΧΑΠ), Λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος (π.χ. πνευμονίες), Νεογνικές καταστάσεις, Καρκίνοι αναπνευστικού συστήματος (όπως τραχείας, βρόγχων, πνευμόνων), Νόσος Alzheimer και άνοια, παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος (π.χ. διαρροϊκά σύνδρομα ασθενειών), Σακχαρώδης διαβήτης, Παθήσεις των νεφρών

1.7.Χρόνια υγιούς ζωής

Κανείς άνθρωπος δεν μπορεί να προδιαγράψει το μέλλον του και να είναι σίγουρος για το πόσο θα είναι η διάρκεια της ζωής του ή πώς θα είναι η ζωή του, αν θα είναι ζήσει με υγεία ή με σωματική ή ψυχική ανικανότητα. Ούτε μπορεί να πει κανείς, ότι το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, μπορεί να δώσει ολοκληρωμένη απάντηση επειδή έχουν προστεθεί έτη ζωής από την αύξηση της διάρκειάς της. Για αυτό αναπτύχθηκαν δείκτες για το προσδόκιμο, όπως είναι τα έτη με υγιή ζωή ή το προσδόκιμο χωρίς ανικανότητα, έτη που εκτιμάται ότι θα ζήσει ο άνθρωπος σε κατάσταση με υγεία και δίνει βάρος κυρίως στα έτη με ποιότητα ζωής όχι μόνο σε ποσοτικά έτη ζωής που υπολογίζει το προσδόκιμο ζωής.

Ως υγιής κατάσταση ορίζεται η κατάσταση χωρίς περιορισμούς στη λειτουργικότητα και χωρίς ανικανότητα-αναπηρία. Η τάση προς δημογραφική γήρανση είναι φανερή, στο πως διαμορφώνονται οι αλλαγές της ηλικιακής διάρθρωσης του πληθυσμού και εμφανίζεται στην αυξητική άνοδο του ποσοστού των ανθρώπων σε μεγάλη ηλικία σε συνάρτηση με την πτώση του ποσοστού των ανθρώπων σε παραγωγική εργασιακή ηλικία στο συνολικό πληθυσμό.



Εικ.3. Χρόνια υγιούς ζωής κατά τη γέννηση

ή προσδόκιμο ζωής χωρίς ανικανότητα, στην Ευρώπη

Πηγή :ec.europa.eu/eurostat

ΕΛΛΑΔΑ:

ΓΥΝΑΙΚΕΣ: 66,8 ΕΤΗ

ΑΝΔΡΕΣ: 65 ΕΤΗ

1.8.Διάμεση ηλικία

Η διάμεση ηλικία είναι ένας ενιαίος δείκτης που συνοψίζει την ηλικιακή κατανομή του πληθυσμού. Η τοποθέτηση, η ταξινόμηση των αριθμών μιας ομάδας, π.χ. ηλικιών, σε μια σειρά από το πιο μικρό στο πιο μεγάλο, βοηθά ώστε να βρεθεί η διάμεση ηλικία, που λαμβάνει την τιμή που είναι τοποθετημένη στο μέσο, χωρίς να παρεκκλίνει από



τη θέση αυτή (μέση τιμή), έτσι ώστε το 50% των ταξινομημένων αριθμών ηλικίας να τοποθετούνται αριστερά από τη διάμεσο και το 50% δεξιά αυτής .

Παράδειγμα: για να βρεθεί η διάμεση ηλικία των τριών αριθμών 4, 2 και 8:

γίνεται τοποθέτηση αυτών των αριθμών από το μικρότερο στο μεγαλύτερο, σε αύξουσα σειρά, δηλαδή 2, 4 και 8.

Ο μεσαίος αριθμός είναι 4, άρα η διάμεση ηλικία είναι 4.

Θέση ↕	Χώρα	Μέση ηλικία ↕
1	Ιαπωνία	48,4
2	Ιταλία	47,3
3	Πορτογαλία	46,2
4	Γερμανία	45,7
5	Ελλάδα	45,5
6	Λιθουανία	45,1
7	Ισπανία	44,9
	Χονγκ Κονγκ	44,8
8	Βουλγαρία	44,6
9	Σλοβενία	44,5
10	Κροατία	44,3
11	Λετονία	43,9
12	Νότια Κορέα	43,7
13	Αυστρία	43,5
14	Ουγγαρία	43,3
14	Ολλανδία	43,3
16	Τσεχία	43,2

Πίνακας 2. Τα κράτη με τη ανώτερη διάμεση ηλικία παγκοσμίως (UN 2019)

και Χώρες της Ε.Ε.

Ο πληθυσμός της Ε.Ε-27 για την 1/1 2019 υπολογίστηκε στο 446,8 εκατ.

Το 2019 , εκτιμήθηκε ότι ο πληθυσμός σε ηλικία πάνω από 65 ετών έφτανε σε ποσοστό 20,3% στην Ε.Ε-27, και στην Ελλάδα το ποσοστό αυτό άγγιζε το 22% σε ηλικία 65 ετών και άνω.



1.9. Δείκτες εξάρτησης ηλικίας

Οι δείκτες εξάρτησης ηλικίας χρησιμοποιούνται για μελέτη της εκτίμησης παροχής και στήριξης των ευαίσθητων -ευάλωτων ομάδων (παιδιά-γέροι) από την ομάδα των ατόμων που βρίσκονται σε ηλικία εργασίας. Συσχετίζει τον αριθμό των ανθρώπων που είναι πιθανό να «εξαρτώνται» από την υποστήριξη άλλων για την καθημερινή τους ζωή –των νέων και των ηλικιωμένων– με τον αριθμό εκείνων των ατόμων που είναι ικανά να παρέχουν αυτή την υποστήριξη. Είναι το άθροισμα των δύο αναλογιών, του λόγου εξάρτησης νεαρής ηλικίας και του λόγου εξάρτησης ηλικιωμένων.

Δείκτης εξάρτησης ηλικιωμένων: Ο λόγος εξάρτησης ηλικιωμένων είναι ο λόγος του αριθμού των ηλικιωμένων σε μια ηλικία που είναι γενικά οικονομικά ανενεργοί (δηλαδή ηλικίας 65 ετών και άνω), σε σύγκριση με τον αριθμό των ατόμων σε ηλικία εργασίας (δηλαδή 15-64 ετών).

Δείκτης εξάρτησης νεαρών: Ο λόγος εξάρτησης νεαρής ηλικίας είναι ο λόγος του αριθμού των νέων σε μια ηλικία που είναι γενικά οικονομικά ανενεργοί, (δηλαδή κάτω των 15 ετών), σε σύγκριση με τον αριθμό των ατόμων σε ηλικία εργασίας (δηλαδή 15-64).

Δείκτης εξάρτησης ηλικίας

=

$$\frac{\text{Μη - παραγωγικά μέλη (ηλικίες 0 - 15 και πάνω από 64)}}{\text{Παραγωγικά μέλη (ηλικίες 15 - 64)}}$$

(ΙΣΟΝ) = Ο αριθμός των (μελών) ατόμων που εξαρτώνται και υποστηρίζονται οικονομικά από τα ενεργά παραγωγικά μέλη μιας κοινωνίας.

Εικ.4. Τύπος ανεύρεσης του δείκτη εξάρτησης ηλικίας



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

Παράδειγμα:

Δείκτης εξάρτησης 50%, σημαίνει ότι ανά 100 παραγωγικά μέλη αντιστοιχούν 50 εξαρτώμενα μέλη. Πώς χρησιμεύει ο δείκτης εξάρτησης; Ο συγκεκριμένος δείκτης έχει αποδειχθεί αρκετά χρήσιμος, αφού μπορούμε να βγάλουμε αρκετά σημαντικά συμπεράσματα τόσο για την κοινωνική όσο και την οικονομική κατάσταση στην οποία μπορεί να βρεθεί μια χώρα μακροχρόνια. Αν ο δείκτης εξάρτησης αρχίζει να έχει ανοδική πορεία, τότε δείχνει ότι δεν επαρκούν τα ενεργά παραγωγικά μέλη, για να υποστηρίξουν οικονομικά τα εξαρτώμενα μέλη και θα χρειαστεί να γίνουν περισσότερα. Αν αυτή η κατάσταση επιμένει και παραμένει για μεγάλα χρονικά διαστήματα, πολλές δεκαετίες τότε εμφανίζεται το φαινόμενο γηρασμένου πληθυσμού ή αλλιώς της γήρανσης του πληθυσμού, όπως συνηθίζεται να λέγεται.



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

Population age structure indicators, 1 January 2019
(%)

	Young-age dependency ratio	Old-age dependency ratio	Total age dependency ratio	Share of population aged 80 or over
EU-27	23.5	31.4	54.9	5.9
Belgium	26.4	29.5	55.8	5.6
Bulgaria	22.3	33.2	55.5	4.8
Czechia	24.6	30.4	55.0	4.1
Denmark	25.8	30.6	56.4	4.5
Germany	21.0	33.2	54.2	6.5
Estonia	25.7	31.0	56.7	5.6
Ireland	31.4	21.6	53.0	3.3
Greece	22.5	34.6	57.2	7.1
Spain	22.4	29.5	51.9	6.1
France	29.0	32.5	61.5	6.1
Croatia	22.2	31.6	53.8	5.3
Italy	20.6	35.7	56.3	7.2
Cyprus	23.8	23.8	47.6	3.7
Latvia	24.9	31.7	56.6	5.6
Lithuania	23.2	30.4	53.5	5.8
Luxembourg	23.1	20.7	43.8	4.0
Hungary	22.0	29.3	51.3	4.4
Malta	20.2	27.6	47.8	4.2
Netherlands	24.4	29.5	53.9	4.6
Austria	21.6	28.2	49.9	5.0
Poland	22.9	26.4	49.3	4.4
Portugal	21.2	33.9	55.1	6.4
Romania	23.8	28.1	52.0	4.7
Slovenia	23.2	30.5	53.7	5.3
Slovakia	23.1	23.5	46.6	3.3
Finland	25.7	35.1	60.8	5.5
Sweden	28.5	31.9	60.5	5.1
United Kingdom	28.1	28.9	57.1	5.0
Iceland	28.4	21.3	49.7	3.5
Liechtenstein	21.9	26.5	48.4	3.8
Norway	26.9	26.4	53.4	4.2
Switzerland	22.6	27.8	50.3	5.2
Montenegro	26.9	22.7	49.5	3.3
North Macedonia	23.5	20.2	43.7	2.5
Albania	25.1	20.5	45.6	2.7
Serbia	21.9	31.3	53.2	4.6
Turkey	34.5	12.9	47.4	1.8

Note: Provisional data

The age-dependency ratios are given by the number of young and elderly people at an age when both groups are generally economically inactive (i.e. under 15 years of age and aged 65 and over), compared to the number of people of working age (i.e. 15-64 years old).

Source: Eurostat (online data code: demo_pjanind)

eurostat

Πίνακας 3. Δείκτες εξάρτησης ηλικίας πληθυσμού

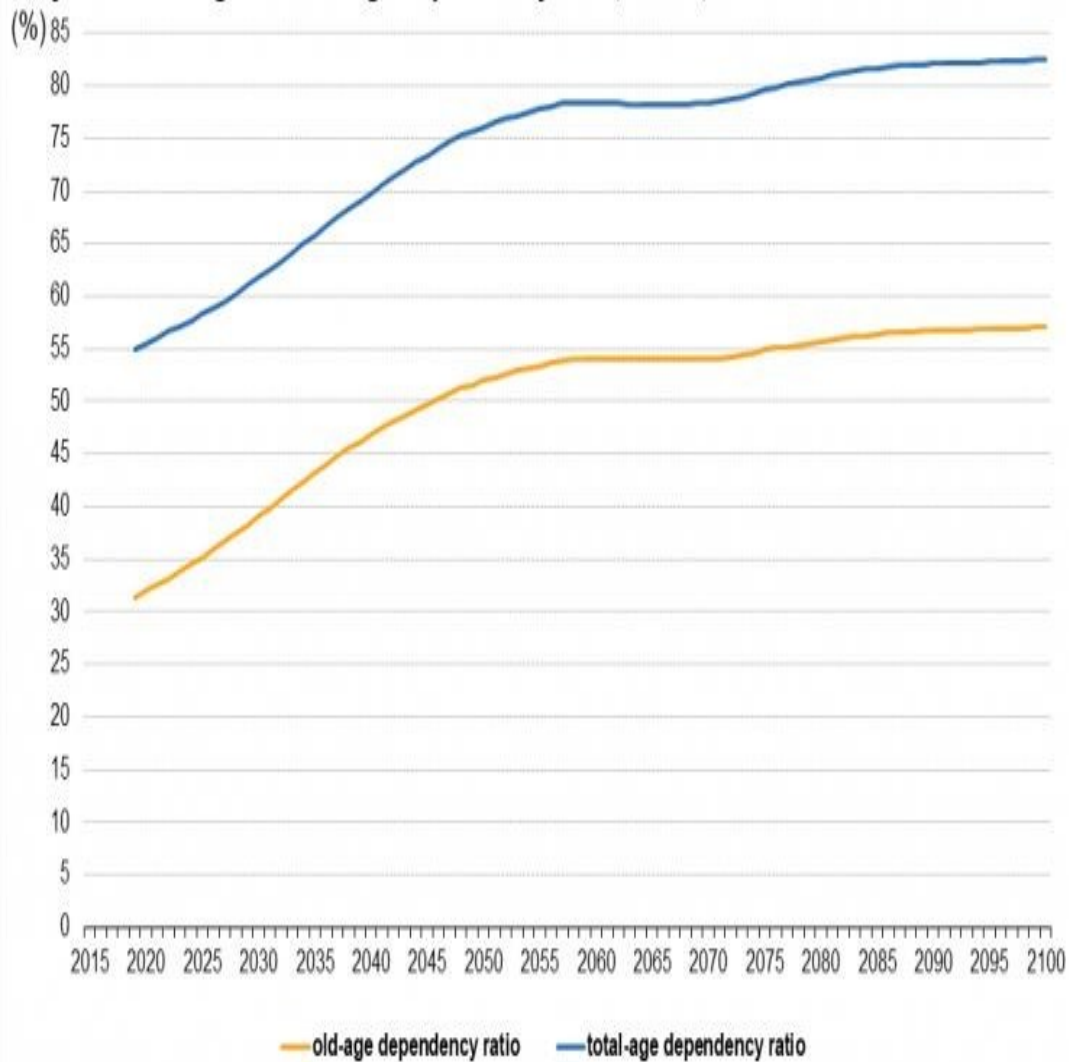


ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

Projected total-age and old-age dependency ratio, EU-27, 2019-2100



Note: 2019: provisional. 2020–2100: projections (EUROPOP2019).

Source: Eurostat (online data codes: demo_pjanind and proj_19ndbi)

eurostat

Πίνακας 4. Δείκτης εξάρτησης ηλικιωμένων & συνολικός δείκτης εξάρτησης (προοπτική)

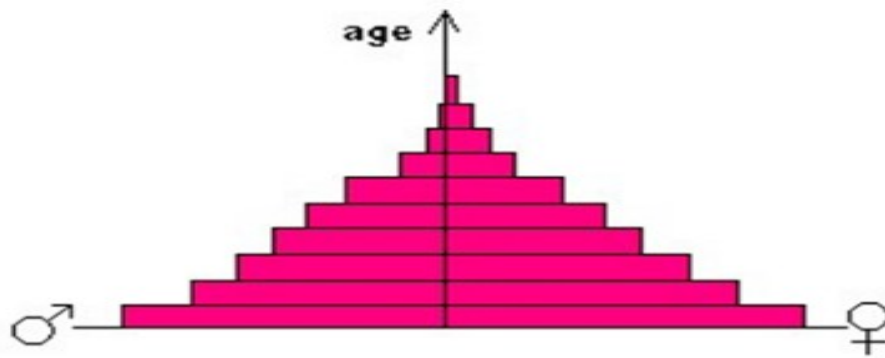


Ο δείκτης εξάρτησης ηλικιωμένων αυξήθηκε κατά 5,4 εκατοστιαίες μονάδες την τελευταία δεκαετία (από 26 % που ήταν το 2009 σε 31,4% το 2019) ενώ ο συνολικός δείκτης της εξάρτησης αυξήθηκε κατά 5,9 εκατοστιαίες μονάδες την ίδια περίοδο (από 49% το 2009 σε 54,9% το 2019).

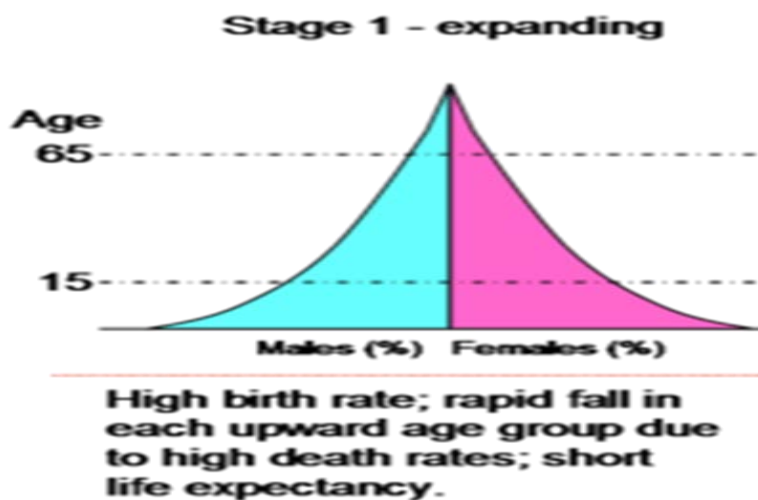
Ως αποτέλεσμα της μετακίνησης του πληθυσμού μεταξύ των ηλικιακών ομάδων, ο δείκτης εξάρτησης ηλικιωμένων στην ΕΕ-27 προβλέπεται σχεδόν να διπλασιαστεί από 31,4 % το 2019 σε 57,1 % έως το 2100 και ο συνολικός δείκτης της εξάρτησης που συνδέεται με την ηλικία προβλέπεται ότι θα αυξηθεί από 54,9 % το 2019 σε 82,6 % έως το 2100. Προβλέπεται να αυξηθεί κατακόρυφα σε βάθος χρόνου: ενώ σήμερα αναλογούν περίπου τρεις άνθρωποι ενεργής παραγωγικής ηλικίας για καθένα άνθρωπο ηλικίας 65 ετών και πάνω, έως το 2070 η πρόβλεψη είναι ότι θα υπάρχουν λιγότεροι από δύο .

1.10.Πληθυσμιακές πυραμίδες-στάδια πληθυσμού

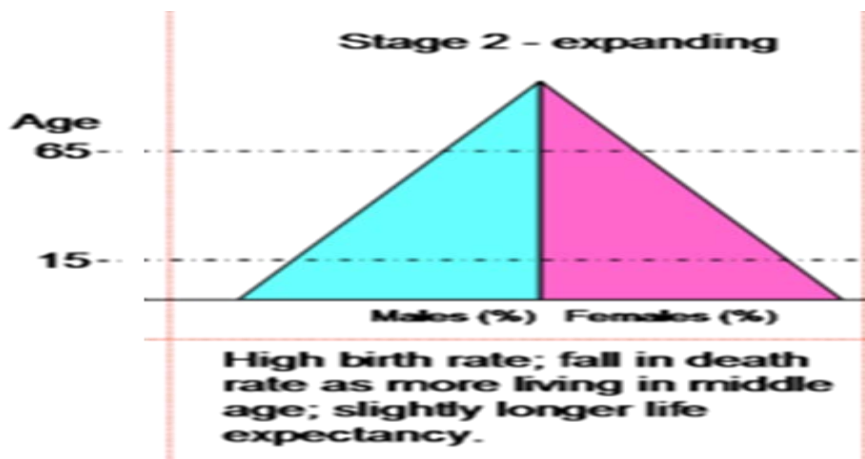
Οι πληθυσμιακές πυραμίδες όπως αναφέρθηκε πιο πάνω (1.2), είναι οπτικά διαγράμματα που βοηθούν να παρουσιαστούν και να κατανοηθούν καλύτερα τα δεδομένα, αναπαριστούν την ηλικιακή και φυλετική δομή του πληθυσμού, βοηθώντας στην ανάλυση των δημογραφικών τάσεων, όπως η γέννηση, η θνησιμότητα και η μετανάστευση. Κάθε ράβδος αντιστοιχεί στο μερίδιο της κάθε ηλικιακής ομάδας ανά πέντε χρόνια, σε σχέση με το συνολικό πληθυσμό, διαχωρισμένο από τον κάθετο άξονα που δείχνει την ηλικία για το κάθε φύλο αριστερά και δεξιά. Η μορφή του κάθε διαγράμματος ηλικιακής κατανομής εξαρτάται από τον τύπο της κοινωνίας και από την παρουσία στο παρελθόν επιδράσεων που έχουν προκαλέσει σοβαρές διαχρονικές αλλαγές στη γεννητικότητα ή θνησιμότητα του πληθυσμού.



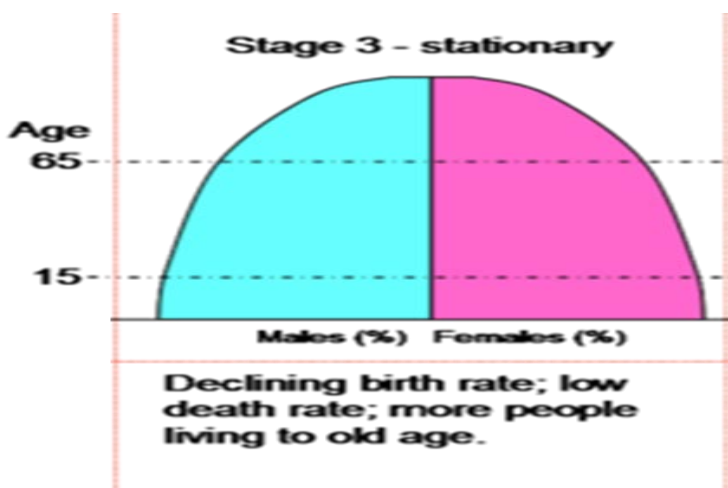
Εικ.5.επανάληψη (εικ.1) Διάγραμμα πληθυσμιακής πυραμίδας



Εικ.6.Στάδιο1-πληθυσμός γρήγορα αυξανόμενος. Σε αυτή την εικόνα της πληθυσμιακής πυραμίδας αναπαριστά τον πληθυσμό με υψηλό δείκτη γονιμότητας και θνησιμότητας και τον μέσο όρο ηλικίας που είναι μικρός. ο πληθυσμός αυξάνεται με γοργούς ρυθμούς.



Εικ.7.Στάδιο 2-πληθυσμός μέτρια αυξανόμενος. Σε αυτή την εικόνα ο πληθυσμός φαίνεται ότι φέρει υψηλό δείκτη γονιμότητας και μέτριο θνησιμότητας, με τον μέσο όρο ηλικίας να είναι αρκετά μεγάλος, και ο πληθυσμός να αυξάνεται μέτρια.



Εικ.8. Στάδιο 3- Εδώ φαίνεται έχουμε πληθυσμό σε στασιμότητα, με περισσότερους ηλικιωμένους, με πτώση των γεννήσεων και χαμηλή θνησιμότητα, με τον μέσο όρο ηλικίας να είναι μεγάλος .

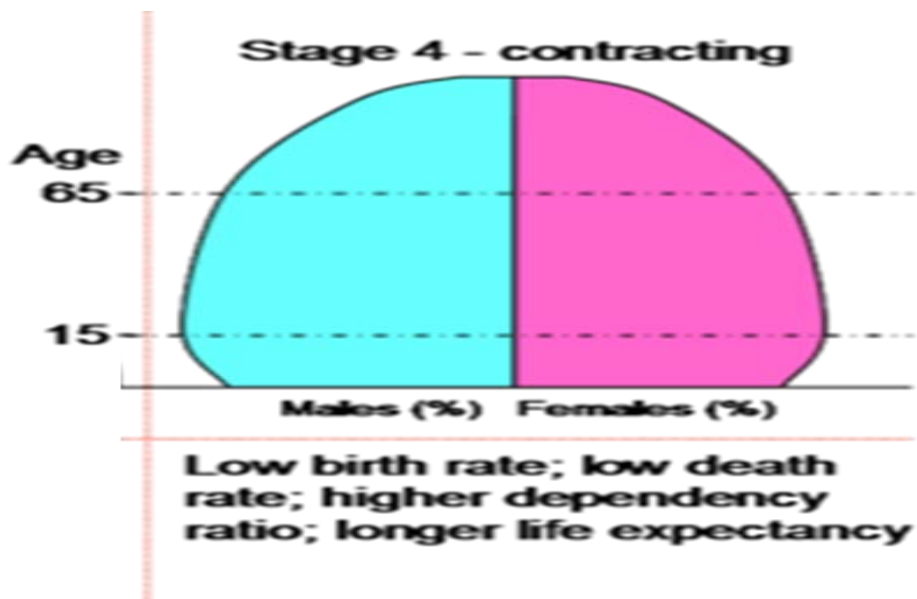


ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY



Εικ.9.Στάδιο 4- πληθυσμός που μειώνεται. Στην εικόνα αυτή έχουμε πληθυσμό με μέτριο αλλά γρήγορα μειωμένο δείκτη γονιμότητας και χαμηλό θνησιμότητας. Ο μέσος όρος ηλικίας είναι μεγάλος . (Σκούφη,Γ.,2023)



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΑΠΟΓΡΑΦΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

2.1.Απογραφή πληθυσμού στην Ελλάδα

«Η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), ανά δέκα χρόνια, πραγματοποιεί την Απογραφή Πληθυσμού-Κατοικιών το 2021, και συγκεντρώνει στοιχεία για τα δημογραφικά, και κοινωνικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού της Ελλάδας, καθώς και για τη σύνθεση των νοικοκυριών και τις συνθήκες στέγασής τους. Η απογραφή είναι η πιο αξιόπιστη, διαχρονική, πολυσχιδής μελέτη και μεγάλου φάσματος στατιστικής έρευνας, καλύπτοντας όλη την κατοικημένη επικράτεια της χώρας (ηπειρωτική, νησιωτική, παραμεθόριες περιοχές). Η συμβολή της απογραφής, είναι σημαντική γιατί τα αξιόπιστα δεδομένα της για την Ελλάδα, συγκρίνονται με στοιχεία άλλων χωρών σε διεθνές επίπεδο. Τα αποτελέσματά της και τα αξιόπιστα δεδομένα της οδηγούν σε σχεδιασμό και υλοποίηση των κατάλληλων, αποτελεσματικών, οικονομικών και κοινωνικών πολιτικών, που είναι σύμφωνες με σειρά από διεθνείς υποχρεώσεις της χώρας.»

(ΕΛΣΤΑΤ,2021)



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ*
ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ
ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΤΟΙΚΙΩΝ
ΕΛΣΤΑΤ 2021
17.03.2023
*Μόνιμος Πληθυσμός

ΠΗΓΗ: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ
ΕΛΣΤΑΤ, 2021



εικ.10.Πηγή :ΕΛΣΤΑΤ, Αποτελέσματα απογραφής 2021,Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2021



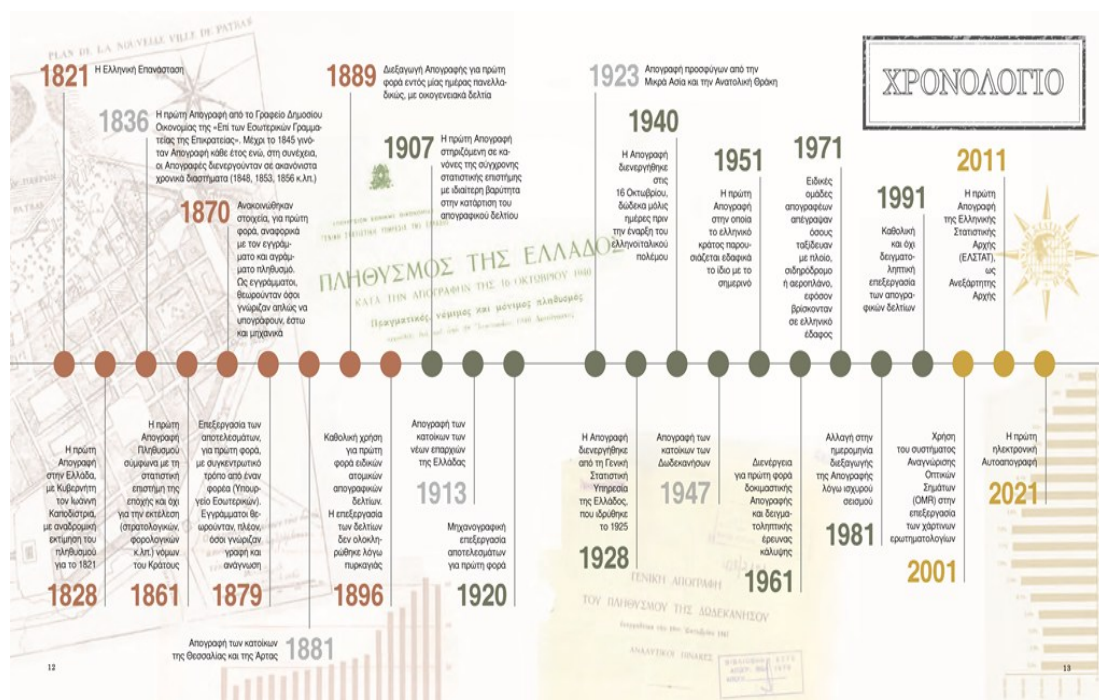
2.2.Αποτελέσματα απογραφής ελληνικού πληθυσμού 19ος αι.- 20ος αι.- 21ος αιώνας

19ος αιώνας	1821-1896			ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
ΕΤΗ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΣ	ΜΟΝΙΜΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΝΟΜΙΜΟΣ		
1828	753.400				
1838	752.077				
1848	986.731				
1853	1.035.527				
1856	1.062.627				
1861	1.096.810				
1870	1.457.894			754.176	703.718
1879	1.679.470		1.704.634	880.952	798.518
1889	2.187.208		2.263.899	1.133.625	1.053.583
1896	2.433.806		2.524.685		
20ος αιώνας	1907-1991				
1907	2.631.952		2.754.770	1.307.010	1.324.942
1920	5.531.474		5.138.835	2.748.350	2.783.124
1928	6.204.684		6.131.346	3.076.235	3.128.449
1940	7.344.860		7.285.674	3.658.393	3.686.467
1951	7.632.801		7.639.643	3.721.648	3.911.153
1961	8.388.553		8.409.603	4.091.894	4.296.659
1971	8.768.641		8.894.981	4.286.748	4.487.624
1981	9.740.417		9.667.336	4.779.571	4.960.018
1991	10.259.900	10.223.392	10.134.534	5.055.408	5.204.492
21ος αιώνας	2001-2021				
2001	10.964.020	10.934.097	10.206.539	5.427.682	5.536.338
2011	10.940.777	10.816.286	9.904.286	5.303.223	5.513.063
2.021		10.482.487		5.125.977	5.356.510

Πίνακας 1 . Απογραφή Ελληνικού Πληθυσμού 19ος αι.,20ος αι.,21ος αι., ιδία επεξεργασία δεδομένων, σύμφωνα με την αποτύπωση της ΕΛΣΤΑΤ, 2025

Όπως φαίνεται (Πίνακας 1) στα έτη 1828-1896 υπάρχει μια αύξηση του πληθυσμού και υπερτερεί ο γυναικείος πληθυσμός έναντι του ανδρικού. Η ανοδική αυτή τάση συνεχίστηκε στα έτη από 1907 έως 1991, ενώ στα έτη από 2001-2011 παρουσιάζεται μια σχετική σταθερότητα, η οποία αρχίζει μια καθοδική πορεία από το 2011 έως το

2021 που παρατηρείται μια πτωτική τάση του πληθυσμού σε ποσοστό 3,1%. Ο συνολικός πληθυσμός στην Ελλάδα, το 2021, βρέθηκε ότι είναι 10.482.487 μόνιμοι κάτοικοι, σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή, που πραγματοποίησε την απογραφή. Οι άνδρες είναι 5.125.977 και σε ποσοστό 48,9% ενώ οι γυναίκες είναι 5.356.510 και σε ποσοστό 51,1% στην συνολική επικράτεια της χώρας (εικ.10)



Εικ.11.ΧρονολόγιοΑπογραφών στην Ελληνική επικράτεια, Πηγή :ΕΛΣΤΑΤ,2021

Στην εικ.11. «Χρονολόγιο», φαίνονται οι διενεργηθείσες απογραφές του Ελληνικού κράτους από τη σύστασή του μετά την επανάσταση του 1821, με πρώτη απογραφή το 1828, επί Καποδίστρια, με αναδρομική εκτίμηση πληθυσμού για το 1821 και τα χρονικά ορόσημα των απογραφών φτάνοντας στο 1951, όπου η έγινε η πρώτη απογραφή εδαφικά όπως είναι και σήμερα το Ελληνικό κράτος, και το 2021, όπου πραγματοποιήθηκε η πρώτη ηλεκτρονική αυτοαπογραφή.



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

Η Ελλάδα, ήταν ήδη σε περίοδο δημογραφικών και κοινωνικών μεταβολών, όταν ξέσπασε η πανδημία COVID-19 που επηρέασε κι ακόμα επηρεάζει τον τρόπο ζωής και εργασίας των ανθρώπων, από την οικονομική κρίση που υπήρχε ήδη από το 2010.

Η απογραφή του πληθυσμού, με τα δημογραφικά στοιχεία για τη δομή και μεταβολή του πληθυσμού ανά δεκαετία, χρησιμοποιούνται σήμερα, όλο και πιο πολύ, στο να υποστηρίξουν την χάραξη πολιτικής που πρέπει να ακολουθηθεί και στην παρακολούθηση της δημογραφικής ανάλυσης και συμπεριφοράς από πολιτικής, οικονομικής, κοινωνικής και πολιτιστικής άποψης. Πιο συγκεκριμένα, τα στοιχεία αυτά από τις δημογραφικές αλλαγές αφορούν τη σημασία της σχέσης, όπως π.χ. της μείωσης του πληθυσμού του νέου ηλικιακά εργατικού δυναμικού με μια αντίστοιχη αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων. Τα δημογραφικά αυτά στοιχεία χρησιμοποιούνται μέσα από στατιστικές αναλύσεις και μελέτες που αφορούν τις μεταβολές, στην ηλικιακή σύνθεση και τη δομή του πληθυσμού, τη δυναμική του, την γήρανση του πληθυσμού και την επίπτωσή της, στην αντοχή και σταθερότητα της δημοσιοοικονομικής της Ελλάδας, της κοινωνικής πρόνοιας. Επίσης, μπορεί να σχετίζονται με την αξιολόγηση της γονιμότητας ως σημαντικός δείκτης για τις οικογενειακές πολιτικές ή την επίδραση της δημογραφικής μεταβολής στην οικονομία και στην κοινωνική διάρθρωση προκαλώντας τη δυναμική της ανάπτυξης, τη συνοχή της ή την αποσύνθεσή της.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ -ΤΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ

3.1.Δημογραφικές και κοινωνικές εξελίξεις

Όταν η κοινωνία αυξάνει το επίπεδο διαβίωσης, εκπαίδευσης και μόρφωσης σε υψηλό σημείο, υπάρχει μείωση των γεννήσεων γιατί οι οικογένειες προγραμματίζουν τις γεννήσεις των παιδιών που θα κάνουν και προφανώς κάνουν όλο και λιγότερα παιδιά. Αυτό γίνεται, πρώτον γιατί θέλουν τα παιδιά που θα κάνουν να μη ζήσουν σε στερήσεις, αλλά να τους προσφέρουν όσο το δυνατόν καλύτερες συνθήκες διαβίωσης, μόρφωσης, εκπαίδευσης για ένα καλύτερο μέλλον. Δεύτερον, η κοινωνία έχει αλλάξει το μορφωτικό της επίπεδο έχει ανέβει αρκετά, τα δικαιώματα της γυναίκας για ίση μεταχείριση, ισοτιμία, ισονομία αναγνωρίζονται, η απελευθέρωση, η αυτονομία και η ανεξαρτησία, η κατοχύρωση των δικαιωμάτων της γυναίκας συνετέλεσαν στο να κάνουν δύσκολα ή να μη κάνουν παιδιά νωρίς σε ηλικία, αφού πρωτεύει η επαγγελματική τους ανέλιξη και καριέρα. Άρα λοιπόν, οι προσδοκίες των γονιών έχουν αλλάξει μαζί και τα χρονικά πλαίσια μέσα στα οποία θα μπορούσαν να κάνουν παιδιά. Αυτό το φαινόμενο εμφανίζεται παγκόσμια με τις ανάλογες αποκλίσεις σε όλες τις εξελιγμένες-αναπτυγμένες κοινωνίες και η Ελλάδα δεν αποτελεί εξαίρεση.

Η απασχόληση της γυναίκας καθώς και οι ευνοϊκότερες συνθήκες για την απασχόλησή της εκτός σπιτιού, σε επαγγέλματα που ελάχιστα ευνοούν την απόκτηση παιδιών επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την υπογεννητικότητα. Οι κατάλληλες συνθήκες για την διευκόλυνση να αποκτήσει η γυναίκα κι άλλα παιδιά δεν δημιουργήθηκαν ακόμη σε ικανοποιητικό βαθμό, δυστυχώς.



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

Η επικράτηση των νέων πρότυπων ζωής στις πόλεις και τα χωριά, όπου η ικανοποίηση των καταναλωτικών αναγκών έρχεται σε πρώτη θέση δρα ως ανασταλτικός παράγοντας για δημιουργία οικογένειας και τεκνοποίηση.

Η κοινωνική και οικονομική ανασφάλεια των νέων ζευγαριών στις μεγάλες πόλεις με βασικό παράγοντα την ανεργία, η έλλειψη υποδομών σε βρεφονηπιακούς σταθμούς, τα χαμηλά, ανεπαρκή, πενιχρά εισοδήματα, που είναι ανίκανα να καλύψουν τις ανάγκες που προκύπτουν από την γέννηση και την ανατροφή των παιδιών, περιορίζουν το εισόδημα καθώς και την επιθυμία των νέων να κάνουν οικογένεια και παιδιά.

Η ραγδαία ιατρική, φαρμακευτική και τεχνολογική εξέλιξη οδήγησε στην αύξηση με γοργούς ρυθμούς την άνοδο του προσδόκιμου ζωής με αποτέλεσμα ο παγκόσμιος πληθυσμός να φτάσει στα οκτώ δισεκατομμύρια ανθρώπους.

3.2. Το Δημογραφικό Πρόβλημα στην Ελλάδα και τα χαρακτηριστικά του

Οι δημογράφοι που μελετούν τις εξελίξεις και κάνουν προοπτικές έρευνες και στατιστικές μελέτες υποθέτουν ότι περίπου το 2060 θα φτάσει ο πληθυσμός της γης στο μέγιστο σημείο και θα αρχίσει στη συνέχεια να μειώνεται. Αυτό ήδη έχει αρχίσει να γίνεται στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες του πλανήτη. (BYPΩN KOTZAMANHΣ, "Ημερίδα με θέμα: Ελλάδα, Δημογραφικές Εξελίξεις-Προκλήσεις & Πολιτικές 2025-2050", 2024).

Το δημογραφικό πρόβλημα ανάλογα από τη σκοπιά που θα το μελετήσει κάποιος θα το θεωρήσει ως πρόβλημα:

- ασφαλιστικό, γιατί επιβαρύνει το ασφαλιστικό σύστημα και τις συντάξεις
- στρατηγικό & γεωπολιτικό και εθνικό υπαρξιακό ζήτημα, γιατί φοβούνται ότι δεν θα υπάρχει έθνος ούτε και στρατιώτες για την άμυνα της χώρας, όταν απειλείται από τους εχθρούς της



- εκπαιδευτικό, γιατί δεν θα υπάρχουν οι ανάλογοι μαθητές και φοιτητές άρα δεν θα χρειάζονται πολλά σχολεία, πανεπιστήμια, ούτε τόσοι δάσκαλοι και καθηγητές
- αγροτικό, γιατί δεν θα υπάρχουν εργάτες της γης, για να καλλιεργήσουν και να πάρουν σοδειές, άρα δεν θα υπάρχουν καλλιέργειες, η ύπαιθρος θα ερημωθεί και η αγροτική κοινωνία θα υποστεί δημογραφική αποσύνθεση.
- οικονομικό, γιατί συρρικνώνεται το ενεργό εργατικό δυναμικό της χώρας, άρα μειώνεται και η οικονομική ανάπτυξη της χώρας και οδηγείται σε αποσταθεροποίηση της οικονομίας της.
- κοινωνικό, γιατί η υγεία ενός πληθυσμού είναι κοινωνικό αγαθό και οι επερχόμενες μεταβολές στον πληθυσμό και στην υγεία του, λόγω της αύξησης του προσδοκώμενων ετών ζωής και του ποσοστού των ηλικιωμένων ανθρώπων, οι γηραιότεροι θα είναι περισσότεροι των νεότερων, θα χρειαστεί άλλου είδους πλαίσιο υποδομών, πρόσβασης, φροντίδας και νοσοκομειακής κάλυψης για μακροχρόνια φροντίδα, οίκοι ευγηρίας και κέντρα φροντίδας ηλικιωμένων, κλπ.. Η αστικοποίηση και η μαζική συγκέντρωση του πληθυσμού στις μεγάλες πόλεις θα οδηγήσουν σε διαφορετικού είδους πόλεις, οι οποίες θα πρέπει να αλλάξουν το μολυσμένο περιβάλλον τους και να γίνουν πιο φιλικές και υγιείς με αναπλάσεις και ρυθμίσεις, ώστε να μπορεί να ζήσει υγιώς ο γηρασμένος πληθυσμός της για να είναι υγιής και ενεργός. Οι συνθήκες στέγασης στις σημερινές πόλεις δεν επιτρέπουν την ανάπτυξη πολυμελών οικογενειών. Ένα παράδειγμα: Κανένας δεν θέλει να νοικιάσει το σπίτι του σε πολυμελή οικογένεια, γιατί νομίζουν ότι θα το διαλύσουν τα πολλά παιδιά, ότι θα κάνουν φασαρία και θα ενοχλούνται οι γείτονες και ένα σωρό άλλες προφάσεις. Υπάρχει ένα είδος ρατσισμού, εδώ, ανεξήγητο.
- Ιατρικό, για να λυθεί το πρόβλημα της υπογονιμότητας μέσω υποβοηθούμενων ιατρικών κέντρων αναπαραγωγής, τράπεζες ωαρίων κλπ.. Για να αντιμετωπιστούν οι χρόνιες παθήσεις και τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα, που



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

αυξάνονται όλο και πιο πολύ, λόγω της ανοδικής πορείας του ποσοστού των ηλικιωμένων.

- Μεταναστευτικό, να επιστρέψει στην πατρίδα ο απόδημος πληθυσμός που αφορά τις αναπαραγωγικές ηλικίες και παραγωγικές ηλικίες. Οι μετανάστες που θέλουν να παραμείνουν στη χώρα να προσαρμοστούν και να αφομοιωθούν από την κοινωνία.

Τα χαρακτηριστικά του δημογραφικού προβλήματος συνοπτικά αποτελούν:

- **Η αριθμητική συρρίκνωση του πληθυσμού**, που οφείλεται σε υπογεννητικότητα-υπογονιμότητα, και στη μετανάστευση των Ελλήνων παραγωγικής και αναπαραγωγικής ηλικίας,
- **Η γήρανση του πληθυσμού**, που οφείλεται σε αύξηση του προσδόκιμου της ζωής.

Η αριθμητική συρρίκνωση του πληθυσμού. Στην τελευταία απογραφή του 2021, που πραγματοποίησε και ανακοίνωσε η ΕΛΣΤΑΤ, ο πληθυσμός της Ελλάδας, έχει μειωθεί σε ποσοστό 3,1% από το 2011 και σύμφωνα με τις προοπτικές μελέτες ενδέχεται να μειωθεί περισσότερο στο μέλλον. Ο πληθυσμός της Ελλάδας μειώνεται αρχικά από την πτώση σε χαμηλά επίπεδα του ποσοστού των γεννήσεων και αφετέρου από το υψηλό ποσοστό μετανάστευσης των Ελλήνων προς το εξωτερικό εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, από το 2010 και μετά. Επίσης, ο δείκτης του προσδόκιμου της ζωής στην Ελλάδα αυξήθηκε σε αντίθεση με τις γεννήσεις που μειώθηκαν, με αποτέλεσμα ο πληθυσμός της να οδηγείται στη γήρανση μέσω της ανοδικής πορείας του ποσοστού των ηλικιωμένων.

Η γήρανση του πληθυσμού με τη σειρά της, επιφέρει την μείωση του εργατικού δυναμικού καθώς και την επιβάρυνση του ασφαλιστικού συστήματος της χώρας δημιουργώντας ένα ντόμινο προκλήσεων και εξελίξεων για την οικονομική ανάπτυξη της, που επιβαρύνεται αρκετά. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος προτείνονται συνήθως μέτρα, όπως: η ενίσχυση της οικογενειακής πολιτικής, δηλαδή παροχή



οικονομικών κινήτρων για τις οικογένειες όπως επιδόματα τέκνων, φορολογικές ελαφρύνσεις και υποστήριξη για τη φροντίδα των παιδιών και κυρίως των νέων οικογενειών όπως π.χ. η δημιουργία προγραμμάτων στέγασης για νέες οικογένειες και βελτίωση των συνθηκών εργασίας για τους γονείς, όπως ευέλικτα ωράρια και άδειες γονικές για την σχολική επίβλεψη του παιδιού, άδειες ασθένειας τέκνων, άδειες μητρότητας & πατρότητας, εννιάμηνη άδεια ανατροφής παιδιού. Άλλα προτεινόμενα μέτρα είναι η ενθάρρυνση της επιστροφής των Ελλήνων που έχουν μεταναστεύσει στο εξωτερικό και η κατά διαστήματα προσέλκυση νέων μεταναστών για τόνωση της οικονομίας της χώρας. Επίσης, προτείνεται η βελτίωση του εκπαιδευτικού συστήματος με μια σοβαρή οικονομική και πολιτισμική επένδυση, τόσο στην εκπαίδευση όσο και στην κατάρτιση για να δημιουργηθούν περισσότερες ευκαιρίες εργασίας για τους νέους, μειώνοντας έτσι την ανεργία και αναπτύσσοντας την οικονομία. Έτσι, τα νέα ζευγάρια θα έχουν την ικανότητα εφόσον εργάζονται και επιθυμούν να κάνουν οικογένεια με περισσότερα παιδιά.

Θα πρέπει να υπάρξει αναθεώρηση και προσαρμογή της στρατηγικής δημογραφικής πολιτικής της Ελλάδας, στα ευρωπαϊκά δεδομένα και να γίνει ακόμη καλύτερη. Η γέννηση και ο ερχομός ενός παιδιού, αποτελεί ένα θαύμα ζωής και δώρο Θεού, που δίνει τεράστια χαρά, συγκίνηση και θαυμασμό σε όλη την οικογένεια και τους άμεσους συγγενείς. Στην Ελλάδα όμως, η χαρά, η συγκίνηση και ο θαυμασμός δεν ισχύει, αφού όταν κάποιος κάνει παιδιά αντιμετωπίζεται από το κράτος με επιπλέον φορολογία, αφού θεωρεί το παιδί τεκμήριο και επιφέρει την αύξηση των φορολογικών κλιμάκων.

Η ερήμωση της περιφέρειας, η μη ενασχόληση παντελώς με τις αγροτικές περιοχές αφήνοντάς τες έρημες και ακαλλιέργητες, καθώς και η αστικοποίηση και η μαζική προσέλκυση πληθυσμού στην πρωτεύουσα και σε άλλες μεγάλες πόλεις προς αναζήτηση καλύτερης ποιότητας ζωής και εύρεση καλύτερης (λιγότερο επίπονης) ανθυγιεινής εργασίας και με μεγαλύτερες οικονομικές απολαβές) εργασίας. Αυτό συμβαίνει επίσης, λόγω έλλειψης συνδεσιμότητας, κακών υποδομών, της ελλειπούς



πρόσβασης στις δημόσιες υπηρεσίες, συμπεριλαμβανόμενης της εκπαίδευσης και της ιατρικής και υγειονομικής φροντίδας, στις αγροτικές κυρίως περιοχές, οι οποίες, τις καθιστούν μη ελκυστικές για διαβίωση και εργασία. Η κλιματική αλλαγή επιφέρει αλλαγές στο καλλιεργήσιμο έδαφος και το καθιστά φτωχό και μη παραγωγικό με αποτέλεσμα την αναζήτηση εργασίας σε μεγάλες πόλεις. Από την άλλη πλευρά, οι μεγαλουπόλεις θα υποστούν σημαντικές επιπτώσεις στο αστικό περιβάλλον και θα χρειαστεί να επανασχεδιάσουν τον πολεοδομικό και αστικό ιστό τους, αφού η ζήτηση των αναγκών για στέγαση, ενέργεια και κινητικότητα θα αυξηθούν λόγω της μεγάλης συγκέντρωσης του πληθυσμού σε αυτές. Η μη απασχόληση και η ανεργία, η φτωχοποίηση και ο κοινωνικός αποκλεισμός μαστίζουν τις πόλεις όπου πριν υπήρχαν μικρές βιοτεχνίες, εργοστάσια και βιομηχανίες και σήμερα έχουν κλείσει μετά από την οικονομική κρίση.

Η Ελλάδα, σήμερα βρίσκεται στο κατώφλι της δημογραφικής κατάρρευσης και καταστροφής. Ο πληθυσμός της συρρικνώνεται δραματικά με το μέσο όρο ηλικίας να αυξάνεται και αντί η πολιτεία και κυρίως η πολιτική ηγεσία να συνδράμει, να βοηθήσει να βρεθούν τρόποι επίλυσης, συμβαίνει το εξής παράδοξο, αδιαφορία ως και πολιτικές και πρακτικές εναντίον της οικογένειας και της δημιουργίας μιας σωστής οικογένειας.

Οι πολιτικές αυτές, είναι αποτρεπτικές για τους ανθρώπους που θέλουν να δημιουργήσουν οικογένεια. Θα πρέπει να ενισχύονται ηθικά και οικονομικά για την δημιουργία οικογένειας, προτρέποντας τα νέα ζευγάρια προς αυτή την κατεύθυνση και όχι δρώντας αποτρεπτικά. Τα ΜΜΕ μέσω των εκπομπών τους, της υπερπροβολής των ανήθικων προτύπων δημιούργησαν το κλίμα της αμφισβήτησης, της αρνητικότητας και του υποβιβασμού της οικογενειακής αξίας. Επιβάλλεται άμεσα, η αντιστροφή του κλίματος της απαξίωσης της ελληνικής οικογένειας και η επιστροφή της στις αξίες και τις ρίζες της, όπου είχε πολλά μέλη, παράδοση, πίστη, πολιτισμό. Η εκπαίδευση στα σχολεία θα πρέπει να στραφεί σε αυτόν τον τομέα και επειδή αποτελεί και οικονομικό θέμα, η πολιτεία οφείλει να γίνει αρωγός.



Στην ομιλία του, ο κ^{ος} Βύρων Κοτζαμάνης (Δ/ντής Ερευνών στο Ινστιτούτο Δημογραφικών Ερευνών και Μελετών) στο συνέδριο που πραγματοποιήθηκε 16/10/2024, στα Χανιά της Κρήτης, με θέμα « Ελλάδα, Δημογραφικές Εξελίξεις- Προκλήσεις & Πολιτικές 2025-2050 » επικεντρώθηκε στα εξής σημαντικά ερωτήματα :

- «Ποιες είναι οι δημογραφικές αλλαγές τα εβδομήντα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα από το 1950 έως το 2023;
- Ποιες είναι οι προβλέψεις και τι αναμένεται να γίνει μέχρι το 2050, τα επόμενα 25 χρόνια, δηλαδή σε μια γενιά. (Για το μακρινό 2100 ή 2200 είναι πολύ- πολύ δύσκολο να γίνει οποιαδήποτε πρόβλεψη).
- Ποιες ενέργειες θα πρέπει να γίνουν και γιατί η συζήτηση στην Ελλάδα επικεντρώνεται κυρίως στην γεννητικότητα, στις γεννήσεις και στη γονιμότητα .
- Ποιοι είναι οι βασικοί άξονες και τα μέτρα πολιτικής που πρέπει να ληφθούν για όλο το δημογραφικό, το οποίο δεν συνίσταται στην υπογεννητικότητα όπως επικεντρώνεται στην Ελλάδα» .

Σύμφωνα με τον ίδιο:

« Έχει συγκεντρωθεί το 50% του ελληνικού πληθυσμού σε ένα πολύ μικρό τμήμα, στο 2% της επιφάνειας της χώρας. Πιο απλά, ένας στους δύο κατοίκους της Ελλάδας μένει στο 2% της επιφάνειας της χώρας. Υπάρχει υπερσυγκέντρωση πληθυσμού και αστικοποίηση πληθυσμού σε δύο μητροπολιτικές περιοχές Αθήνας - Θεσσαλονίκης καθώς και σε άλλα πέντε μεγάλα αστικά κέντρα. Είναι όλοι συγκεντρωμένοι στο χώρο.

Έπειτα, υπάρχει η αύξηση του προσδόκιμου ζωής στην Ελλάδα, αλλά τα τελευταία χρόνια υπάρχει το πρόβλημα ότι αυξάνεται το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα, αλλά αυξάνεται πολύ πιο αργότερα από τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες. Αυτό σχετίζεται



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

με την ενεργή και υγιή γήρανση (για να έχουμε ενεργή γήρανση πρέπει να έχουμε υγιή γήρανση).

Από το 1980 και μετά οι γεννήσεις, είναι όλο και λιγότερες με αποτέλεσμα αν τη δεκαετία του '70 είχαμε 140.000 γεννήσεις στην Ελλάδα, το 2023 είχαμε λιγότερες από 72.000. Επομένως οι γεννήσεις δεν μειώνονται τώρα, ούτε την τελευταία δεκαετία λόγω της οικονομικής κρίσης και της πανδημίας. Μειώνονται από το 1980 και μετά, γιατί τα ζευγάρια που έρχονται σε ηλικία τεκνοποίησης, δηλαδή από ηλικία 20 έως 45 ετών, από το 1980 κάνουν όλο και λίγο λιγότερα παιδιά σε σχέση με τους δικούς τους γονείς. Άρα, οι πτώσεις των γεννήσεων, οφείλεται βασικά στο ότι τα ζευγάρια κάθε φορά, κάθε χρονιά που έρχονται σε ηλικία να κάνουν παιδιά κάνουν λιγότερα παιδιά από ότι οι προηγούμενοι. Ένα παράδειγμα :Τα νέα ζευγάρια που είναι τώρα γύρω 45 χρονών και έχουν κλείσει σχεδόν τον αναπαραγωγικό τους κύκλο, έχουν κάνει κατά μέσο όρο λιγότερο από 1,5 παιδιά. Οι γονείς τους, που γεννήθηκαν το 1960, κάνανε γύρω στα 2 παιδιά και οι παππούδες και οι γιαγιάδες τους, που γεννήθηκαν στο 1935 κάνανε 2,2 παιδιά, που ονομάζεται τάση. Η τάση, πτώση του μέσου όρου του εθνικού παιδιού που κάνει η οικογένεια επιταχύνθηκε με τα ζευγάρια, με τους νέους που γεννήθηκαν από το 1960 και μετά την τελευταία 25ετία, από 2 παιδιά σε 1,5 και λιγότερο από 1,5 παιδιά.

Είναι γνωστό, ότι λόγω της μείωσης των γεννήσεων και της αύξησης του προσδόκιμου ζωής στην Ελλάδα, υπάρχει όλο και μια αυξανούσα γήρανση, δηλαδή το ποσοστό των ηλικιωμένων στον πληθυσμό της, έχει αυξηθεί, βρίσκεται στο 23% και θεωρείται ότι είναι από τις πλέον γερασμένες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και θα παραμείνει ως το 2050-60, όπου θα ξεπεραστεί από άλλους, μέχρι το 2050 θα έχει το υψηλότερο ποσοστό ηλικιωμένων ανθρώπων πάνω από 65 ετών. Επομένως υπάρχει μια γήρανση του πληθυσμού της Ελλάδας και ταυτόχρονα αυτή συνοδεύεται από την αύξηση του πλήθους των ηλικιωμένων. Οι ηλικιωμένοι πάνω από 65 ετών στην Ελλάδα είναι περίπου 2,5-2,4 εκατομμύρια. Μέχρι το 2050 είναι η μόνη ηλικιακή ομάδα που θα αυξηθεί κατά 600.000, όλες οι υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, δηλαδή οι νέοι από 19-20



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

ετών και ο πληθυσμός εργάσιμης ηλικίας, θα μειωθεί. Η μόνη ομάδα που θα αυξηθεί, είναι η ηλικιακή 63 ετών και πάνω. Ταυτόχρονα, λόγω της μείωσης των γεννήσεων από το 2010 και μετά υπάρχει μια ζυγαριά γεννήσεων - θανάτων που είναι εξαιρετικά αρνητική. Την τελευταία χρονιά υπήρξαν περισσότεροι 56.000 θάνατοι από γεννήσεις. Την τελευταία 15ετία ταυτόχρονα, υπήρχε και μια δεύτερη ζυγαριά που λέγεται μετανάστες. Ζυγαριά, οι εισοδοι και οι έξοδοι από την Ελλάδα, που κι αυτή είναι αρνητική. Δύο ζυγαριές αρνητικές, μία περισσότερους θανάτους από γεννήσεις και μία, με περισσότερους ανθρώπους να φεύγουν από την Ελλάδα σε σχέση με αυτούς που εισέρχονται στην Ελλάδα. Το αποτέλεσμα είναι το εξής: ότι ο πληθυσμός της Ελλάδας ανάμεσα στο 2011 και το 2023 μειώθηκε κατά 500.000 με 600.000. Αυτό είναι το αποτέλεσμα.

Ταυτόχρονα, υπάρχουν κι άλλες αλλαγές στη δομή και στη σύνθεση των νοικοκυριών, στην Ελλάδα. Παρατηρείται ότι υπάρχουν όλο και περισσότερο μονογονεϊκές οικογένειες, υπάρχει μία μείωση των γάμων, μία αύξηση των διαζυγίων και επομένως η οικογένεια πλέον στην Ελλάδα δεν είναι αυτό που υπήρχε τα προηγούμενα έτη και ήταν το σύνθημα. Η μορφή της οικογένειας του 1950, '60, '70, '80, '90, είναι εντελώς διαφορετική από την μορφή της συμφωνίας στη δεκαετία του 2020, και θα συνεχίσουν να είναι. Υπάρχουν όλο και περισσότεροι άνθρωποι που δεν κάνουν παιδιά ή μένουν άτεκνοι, υπάρχουν όλο και περισσότερες μονογονεϊκές οικογένειες, λόγω διαζυγίων. Ταυτόχρονα, περισσότερες συμβιώσεις εκτός γάμου, είτε αυτός είναι εντός συμφώνου ή εκτός συμφώνου, λιγότερο ή περισσότερο, ασταθείς ή σταθερές. Έτσι υπάρχει μια νέα μορφή οικογένειας, ένα καινούριο παζλ, δεν είναι οικογένεια πυρηνική ή οικογένεια βασιζόμενη στα δύο μέλη άνδρας - γυναίκα με δύο παιδιά, έχει διαφοροποιηθεί.

Επίσης υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις στο εσωτερικό της Ελλάδας. Μερικά ενδεικτικά παραδείγματα: στην περίοδο της προ της κρίσης υπήρξαν 13 θάνατοι σε 10 γεννήσεις, σε εθνικό επίπεδο. Σήμερα βρίσκονται 18 θάνατοι σε 10 γεννήσεις, σε εθνικό επίπεδο. Αν κατεβούμε σε χαμηλότερα επίπεδα διαπιστώνεται στους δήμους ή



στις δημοτικές ενότητες 5,10,15 θανάτους ανά γέννηση, δηλαδή γύρω από το μέσο εθνικό όρο, υπάρχουν μεγάλες διαφοροποιήσεις. Υπάρχει ένα μεγάλο τμήμα της ηπειρωτικής Ελλάδας και λιγότερο της νησιωτικής Ελλάδας το οποίο καταρρέει δημογραφικά, γιατί όταν κάθε χρόνο έχουν 5-6 θανάτους και μία γέννηση, με 2, 3, 4, 5, 6, 7, χρόνια επί 10 χρόνια είναι υπό κατάρρευση αυτή η υπόθεση.

Στην Ελλάδα, ενώ το ποσοστό των ανθρώπων που βρίσκονται στην ηλικία των 65 ετών και άνω είναι στο 23% υπάρχουν δήμοι, περιφερειακές ενότητες. Παράδειγμα η Κρήτη, είναι μέσα, αλλά ακραίο παράδειγμα, είναι η Μύκονος και Σαντορίνη και άλλο ακραίο παράδειγμα, είναι η Ευρυτανία όπου 23% στους 100 κατοίκους, 23 κάτοικοι είναι άνω των 65 ετών, σε εθνικό επίπεδο. Στη Βρετανία είναι γύρω στο 45 % το διπλάσιο και στη Σαντορίνη λιγότερο από 20% . Υπάρχουν δηλαδή μερικές περιοχές, που είναι υπέργηρες και μερικές περιοχές, που είναι ακόμα πολύ νεανικές. Επίσης, υπάρχουν περιφερειακές ενότητες νεανικές, όπου κατά μέσο όρο ο δείκτης γονιμότητας είναι 1, και δημοτικές και περιφερειακές ενότητες, όπως η Ξάνθη, που είναι 2.

Οι διαφοροποιήσεις είναι σημαντικές, κάτω από τους εθνικούς όρους, οι οποίες απαιτούν, από όσους λαμβάνουν μέτρα πολιτικής να τις λάβουν υπόψιν. Υπάρχουν γενικές τάσεις και στα χαμηλότερα χωρικά πεδία, συνταρακτικές διαφοροποιήσεις με ένα μεγάλο κομμάτι της Ελλάδας κυρίως της ηπειρωτικής, ημιορεινής και ορεινής, περιοχές να καταρρέουν δημογραφικά. Επομένως, αυτό είναι το μελλοντικό τοπίο που προβλέπεται να υπάρξει. Τι αναμένεται να γίνει τα επόμενα 25 χρόνια;

Το πλήθος των ατόμων που θα περάσει το νήμα των 65 ετών, είναι ήδη γνωστό. Όλοι αυτοί οι άνθρωποι έχουν γεννηθεί και δεν μεταναστεύουν, δεν φεύγουν από την Ελλάδα, είναι οι ηλικιωμένοι και είναι αυτοί που θα αυξηθούν κατά 600.000, όπως αναφέρθηκε πιο πάνω. Είναι 2,4 εκατομμύρια άνθρωποι που είναι σήμερα από 65 ετών και άνω, θα γίνουν 3 εκατομμύρια το 2050, σε 25 χρόνια χωρίς καμμία αμφιβολία, αυτό είναι σίγουρο.



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

Βέβαιο, επίσης, είναι το εξής ότι το έλλειμμα γεννήσεων και θανάτων, στην Ελλάδα ότι και να γίνει την επόμενη 25ετία, θα συνεχίσει να είναι αρνητικό, δηλαδή θα είναι περισσότεροι οι θάνατοι από τις γεννήσεις, ακόμα κι έχουν γίνει οι σωστές προσπάθειες αποφυγής και έχουν ληφθεί αποτελεσματικά μέτρα για αυτό. Πόσοι περισσότεροι θα είναι οι θάνατοι από τις γεννήσεις; Στην καλύτερη περίπτωση, αν ληφθούν ουσιαστικά αποτελεσματικά μέτρα, όχι γενικά, για τη στήριξη γέννησης του παιδιού, θα είναι 1 εκατομμύριο με 1.100.000 εκατ. περισσότεροι θάνατοι ανά /γέννηση, η διαφορά είναι γύρω στις 400.000 χιλιάδες, αυτό είναι το εύρος. Μέχρι το 2025, η Ελλάδα θα πορεύεται με αρνητικά-μειωτικά ισοζύγια, περισσότερο μεταβατικά ή λιγότερο για τα ισοζύγια, υπό την προϋπόθεση ότι η μετανάστευση, η είσοδος και η έξοδος, είναι μηδενική. Αν η ζυγαριά η δεύτερη, είναι κι αυτή αρνητική θα υπάρξει μεγαλύτερη μείωση.

Αν η ζυγαριά είναι θετική θα έχουμε μικρότερη μείωση. Αλλά στην υπόθεση που γίνεται, είναι ότι όσοι μπαίνουν τόσοι βγαίνουν, σε αυτήν την περίπτωση η μείωση του πληθυσμού θα είναι 1,1 -1,4 εκατομμύρια αύξηση των ηλικιωμένων κατά 600.000. Αυτό σημαίνει μείωση των υπολοίπων κάτω από 65 ετών γύρω στα 2 εκατομμύρια, μείωση των νέων 0- 19 ετών γύρω στους 450.000 και μείωση αυτών που ονομάζουμε πληθυσμός εργάσιμης ηλικίας των 20 ετών ως 65 ετών, κατά 1.200.000 εκατ.- 1.100.000 με 300.000. Αυτά δεν αλλάζουν τάσεις.

Τι σημαίνει π.χ. αν υπάρξουν 1.400.000 περισσότεροι θάνατοι από γεννήσεις υπάρξουν 1.100.000. Η διαφορά φαίνεται λίγη 300.000 αλλά 300.000 περισσότερες γεννήσεις, είναι περισσότεροι νέοι παραγωγικής και αναπαραγωγικής ηλικίας μετά από 25 χρόνια. Σε αδρές γραμμές αυτές είναι οι τάσεις. Όσον αφορά ειδικά για την υπογεννητικότητα και για τις γεννήσεις στο μέλλον δεν μπορούν να αυξηθούν ιδιαίτερα ούτε να φτάσουν στα επίπεδα της δεκαετίας του 1990 ή του 2000 που είναι 100.000 γεννήσεις για δύο απλούς λόγους. Το πλήθος των ατόμων που ενδέχεται να κάνει παιδιά μειώνεται τα επόμενα 25 χρόνια, δηλαδή οι γεννήσεις κάθε χρονιά είναι



συνάρτηση δύο παραγόντων: πόσοι άνθρωποι είναι σε ηλικία να κάνουν παιδιά και πόσα παιδιά αυτοί οι άνθρωποι κάνουν.

Αυτοί που είναι σε ηλικία να κάνουν παιδιά τα επόμενα χρόνια, θα έρθουν σε ηλικία να κάνουν παιδιά, τα επόμενα 25-30 χρόνια. Ποιοι είναι αυτοί; Οι 20-40 ετών θα μειωθούν σε σχέση με το σήμερα, το 2050 κατά 450.000, επομένως έχουμε μείωση του πλήθους των ατόμων που έρχονται σε ηλικία να κάνουν παιδιά. Αυτοί μειώνονται για δυο λόγους :

Αυτοί που έρχονται σε ηλικία να κάνουν παιδιά τώρα προέρχονται από αυτούς που γεννήθηκαν πριν από 20 με 40 χρόνια, δηλαδή το 2020-40 προέρχονται από αυτούς που γεννήθηκαν από το 1980 και μετά. Από το 1980 και μετά, κάθε χρονιά έχουμε μετά από 20,30,40 χρόνια όλο και λιγότερα άτομα σε (αναπαραγωγική) ηλικία να κάνουν παιδιά. Αυτή είναι η μια παράμετρος.

Μειώθηκαν επίσης, γιατί οι μειωμένες γεννήσεις της δεκαετίας του '80, '90, 2000 που έρχονται σε ηλικία να κάνουν παιδιά τώρα ή θα έρθουν σε ηλικία να κάνουν παιδιά, ένα τμήμα τους από αυτούς τους ανθρώπους έφυγε. Γνωρίζουμε ότι τη δεκαετία του 2000, από το 2000 μέχρι την κρίση, δηλαδή το 2010, μέχρι σήμερα, έχουν εγκαταλείψει την Ελλάδα, γύρω στις 400.000 -500.000 άτομα, χωρίς να επιστρέψουν. Επομένως οι Έλληνες, είναι όλο και πιο λίγοι σε ηλικία να κάνουν παιδιά και ακόμη κι αν επιστρέψουν κάποιοι από αυτούς που έφυγαν στο εξωτερικό.

Στο σύνολο των ατόμων που έφυγαν, εγκατέλειψαν την Ελλάδα και δεν ξαναγύρισαν από το εξωτερικό (το brain- drain), παραγωγικής και αναπαραγωγικής ηλικίας οι οποίοι είναι άνθρωποι υψηλά εξειδικευμένοι και με υψηλές δεξιότητες, ένα πολύ περιορισμένο τμήμα, αλλά η μεγάλη πλειοψηφία, είναι άτομα Έλληνες και Αλλοδαποί χαμηλών και μεσαίων εξειδικεύσεων. Δεν έφυγαν μονάχα αυτοί με τα μεταπτυχιακά και τα διδακτορικά. Έφυγαν από την Ελλάδα, Έλληνες και Αλλοδαποί, που ήταν εγκατεστημένοι στην Ελλάδα τις προηγούμενες δεκαετίες, γιατί δεν υπάρχει ένα ευνοϊκό περιβάλλον για την ενσωμάτωση των ανθρώπων, τόσο αυτών που ήρθαν στην



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

Ελλάδα, τις δεκαετίες του 1990, 2000, και 2010, όσο και των παιδιών τους. Έτσι, φεύγουν σε γειτονικές χώρες, οι οποίες έχουν αλλάξει το θεσμικό τους πλαίσιο και έχουν κάνει πολύ πιο ευνοϊκό περιβάλλον και για τους ανθρώπους αυτούς, αυτούς δηλαδή που μετανάστευσαν αρχικά στην Ελλάδα που βασικά προέρχονταν από τις πρώην σοσιαλιστικές χώρες. Δεν έφυγαν μονάχα για τους χαμηλούς μισθούς.»



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΤΗΝ 1η ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ 2024, ΠΑΝΩ ΣΕ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ (ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ-ΘΑΝΑΤΟΙ) ΚΑΙ ΣΕ ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΩΝ ΡΟΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2023, ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΡΧΗΣ ΤΗΝ 1.1.2024

« Η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛ.ΣΤΑΤ.) δημοσίευσε τα στοιχεία για τον εκτιμώμενο μόνιμο πληθυσμό της Ελλάδας την 1η Ιανουαρίου 2024, βασισμένα σε δεδομένα φυσικής κίνησης (γεννήσεις - θάνατοι) και σε εκτιμήσεις μεταναστευτικών ροών για το 2023.

- Ως αποτέλεσμα αυτών ο μόνιμος πληθυσμός υπολογίζεται σε 10.400.720 ανθρώπους (5.096.893 άνδρες και 5.303.827 γυναίκες), σημειώνοντας μικρή μείωση 0,1% σε σύγκριση με το 2023 (10.413.982 άτομα). (ΠΙΝ. 1, ΓΡΑΦΗΜΑ: 1, 3, 4 & 5).
- Η μείωση αυτή προήλθε από αρνητικό φυσικό ισοζύγιο (δηλαδή, περισσότεροι θάνατοι από γεννήσεις: 127.169 θάνατοι προς 71.249 γεννήσεων, με διαφορά -55.920 κάτοικοι), η οποία όμως αντισταθμίστηκε μερικώς από τη θετική καθαρή μετανάστευση, που ήταν +42.658 άνθρωποι.
- Ο νεανικός πληθυσμός από 0-14 ετών αντιστοιχεί σε ποσοστό 13,1%, από 15-64 ετών αντιστοιχεί σε ποσοστό 63,6%, και οι ηλικιωμένοι άνω των 65 αντιστοιχεί σε ποσοστό 23,3% του συνολικού πληθυσμού.(ΠΙΝ. 2, ΓΡΑΦΗΜΑ 2 & 6). Ο δείκτης γήρανσης (αναλογία ηλικιωμένων προς παιδιά) άγγιξε το αυξημένο ποσοστό 178,5%, δείχνοντας έντονη γήρανση του πληθυσμού. (ΓΡΑΦΗΜΑ 1).
- Η καθαρή μετανάστευση (εισερχόμενοι μείον εξερχόμενοι) έφτασε σε 42.658 ανθρώπους, με 118.816 εισερχόμενους και 76.158 εξερχόμενους. Σε σύγκριση, με το 2022 η καθαρή μετανάστευση ήταν πολύ χαμηλότερη, σε 16.355 ανθρώπους. (ΠΙΝ. 3, ΓΡΑΦΗΜΑ 7).
- Επίσης στους εισερχόμενους περιλαμβάνονται και οι άνθρωποι που ήταν στην Ελλάδα την 1.1.2024 και αναζητούσαν ήδη διεθνή ή προσωρινή προστασία.



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

- Ο υπολογισμός αυτός για τις μεταναστευτικές ροές (εκτός αυτών που αιτήθηκαν προστασία) πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της στατιστικής με την ενδεδειγμένη επιλογή των μοντέλων παλινδρόμησης». Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail: data.dissem@statistics.gr

Πίνακας 1. Εκτιμώμενος Πληθυσμός της Χώρας την 1η Ιανουαρίου 2024, κατά φύλο
Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail: data.dissem@statistics.gr

Περιφέρεια και Περιφερειακή Ενότητα	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
Σύνολο Χώρας	5.096.893	5.303.827	10.400.720
Ανατολική Μακεδονία & Θράκη	278.915	282.919	561.834
Δράμα	43.078	44.388	87.466
Έβρος	69.241	65.176	134.417
Καβάλα & Θάσος*	61.261	65.036	126.297

(ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, 2024) Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail: data.dissem@statistics.gr

Ροδόπη	51.629	54.065	105.694
--------	--------	--------	---------



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

Κεντρική Μακεδονία	859.703	919.193	1.778.896
Ημαθία	63.921	65.604	129.525
Θεσσαλονίκη	517.564	569.363	1.086.927
Κιλκίς	34.616	34.976	69.592
Πέλλα	60.186	62.391	122.577
Πιερία	56.873	59.591	116.464
Σέρρες	75.493	76.582	152.075

(ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, 2024) Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και
Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail:
data.dissem@statistics.gr

Χαλκιδική	51.050	50.686	101.736
Δυτική Μακεδονία	123.090	124.180	247.270
Γρεβενά	13.339	12.575	25.914
Καστοριά	22.140	22.342	44.482
Κοζάνη	66.267	67.028	133.295
Φλώρινα	21.344	22.235	43.579
Θεσσαλία	334.717	344.030	678.747
Καρδίτσα	51.388	52.552	103.940



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

(ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, 2024) Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail: data.dissem@statistics.gr

Λάρισα	131.979	134.414	266.393
Μαγνησία & Σποράδες*	91.628	96.922	188.550
Τρίκαλα	59.722	60.142	119.864
Ήπειρος	159.124	161.984	321.108
Αρτα	30.767	31.040	61.807
Θεσπρωτία	20.107	20.208	40.315
Ιωάννινα	81.571	83.383	164.954
Πρέβεζα	26.679	27.353	54.032

(ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, 2024) Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail: data.dissem@statistics.gr

Ιόνια Νησιά	99.036	101.606	200.642
Ζάκυνθος	20.072	20.438	40.510
Κέρκυρα	48.570	50.585	99.155
Κεφαλονιά & Ιθάκη*	19.136	19.435	38.571
Λευκάδα	11.258	11.148	22.406
Δυτική Ελλάδα	322.365	317.878	640.243
Αιτωλοακαρνανία	93.454	93.253	186.707
Αχαΐα	148.441	153.742	302.183



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

(ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, 2024) Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail: data.dissem@statistics.gr

Ηλεία	80.470	70.883	151.353
Στερεά Ελλάδα	253.928	251.145	505.073
Βοιωτία	54.749	51.928	106.677
Εύβοια	105.740	104.726	210.466
Ευρυτανία	8.844	8.564	17.408
Φθιώτιδα	66.191	67.745	133.936
Φωκίδα	18.404	18.182	36.586
Πελοπόννησος	266.923	264.675	531.598

(ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, 2024) Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail: data.dissem@statistics.gr

Αργολίδα	44.976	46.150	91.126
Αρκαδία	38.902	37.378	76.280
Κορινθία	68.007	68.656	136.663
Λακωνία	44.024	40.638	84.662
Μεσσηνία	71.014	71.853	142.867
Αττική	1.821.687	1.962.878	3.784.565
Βόρειο Αιγαίο	104.423	96.584	201.007
Λέσβος & Λήμνος*	55.775	50.636	106.411
Σάμος & Ικαρία*	22.465	20.238	42.703
Χίος	26.183	25.710	51.893



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

* Οι Περιφερειακές Ενότητες έχουν ομαδοποιηθεί ώστε να είναι δυνατή η αντιστοίχιση των στοιχείων με εκείνα των τέως Νομών.

(ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, 2024) Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail: data.dissem@statistics.gr

Νότιο Αιγαίο	165.462	161.784	327.246
Κάλυμνος, Κάρπαθος, Κως, Ρόδος (Δωδεκάνησος*)	106.828	102.360	209.188
Άνδρος, Θήρα, Κέα- Κύθνος, Μήλος, Μύκονος, Νάξος, Πάρος, Σύρος, Τήνος(Κυκλάδες*)	58.634	59.424	118.058
Κρήτη	307.520	314.971	622.491
Ηράκλειο	148.586	154.586	303.172
Λασιθί	38.857	38.481	77.338
Ρέθυμνο	41.914	43.461	85.375
Χανιά	78.163	78.443	156.606

(ΕΛΣΤΑΤ, Στοιχεία Εκτιμώμενου Πληθυσμού (1.1.2024) και Μεταναστευτικών Ροών της Χώρας (2023) Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail: data.dissem@statistics.gr



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

Πίνακας 2. Εκτιμώμενος Πληθυσμός της Χώρας την 1η Ιανουαρίου 2024 κατά φύλο και ομάδα ηλικιών (ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, 2024) Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail: data.dissem@statistics.gr

ΣΥΝΟΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΗΛΙΚΙΑ			
	5.096.893	5.303.827	10.400.720
0-4	203.662	192.537	396.199
5-9	231.457	217.913	449.370
10-14	264.464	249.486	513.950
15-19	286.149	261.550	547.699
20-24	279.864	253.467	533.331
25-29	272.930	248.640	521.570
30-34	282.786	266.008	548.794
35-39	313.618	309.119	622.737
40-44	385.204	382.121	767.325
45-49	400.785	402.667	803.452
50-54	389.897	398.622	788.519
55-59	378.227	400.936	779.163
60-64	333.864	368.658	702.522
65-69	304.866	343.131	647.997
70-74	258.070	296.543	554.613
75-79	219.395	273.179	492.574
80-84	139.347	190.614	329.961
85-89	100.519	156.219	256.738
90-94	41.619	71.544	113.163



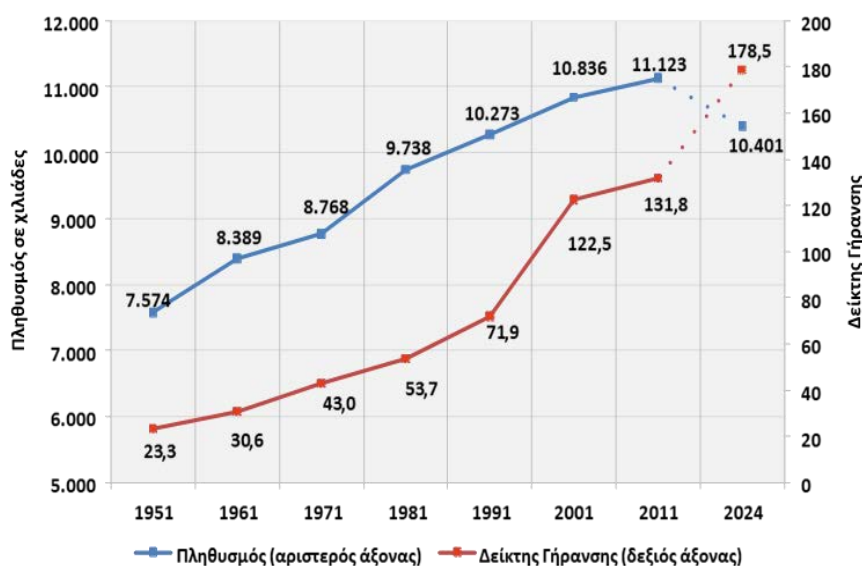
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

95-99	9.082	18.378	27.460
100+	1.088	2.495	3.583

(ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, 2024), Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail: data.dissem@statistics.gr



(ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, 2024)

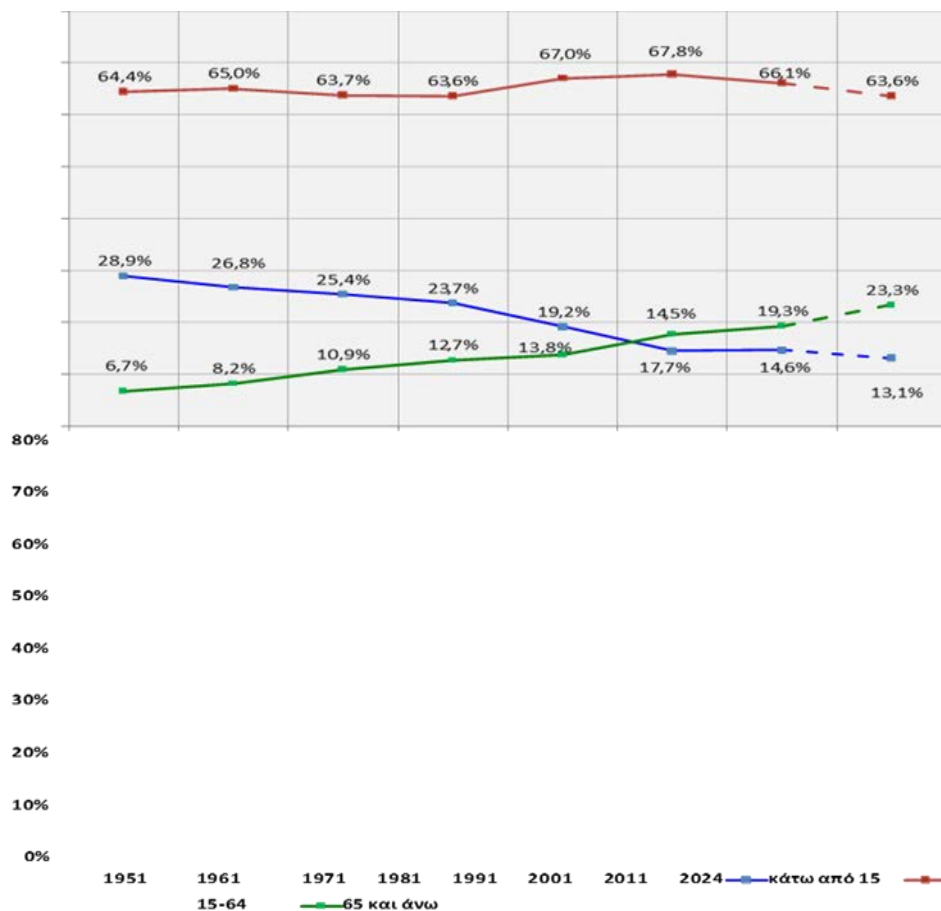
Γράφημα 1. Εκτιμώμενος Πληθυσμός και Δείκτης Γήρανσης της Χώρας για τα έτη 1951 – 2011 και 2024, Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail: data.dissem@statistics.gr



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY



(ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, 2024) Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail: data.dissem@statistics.gr

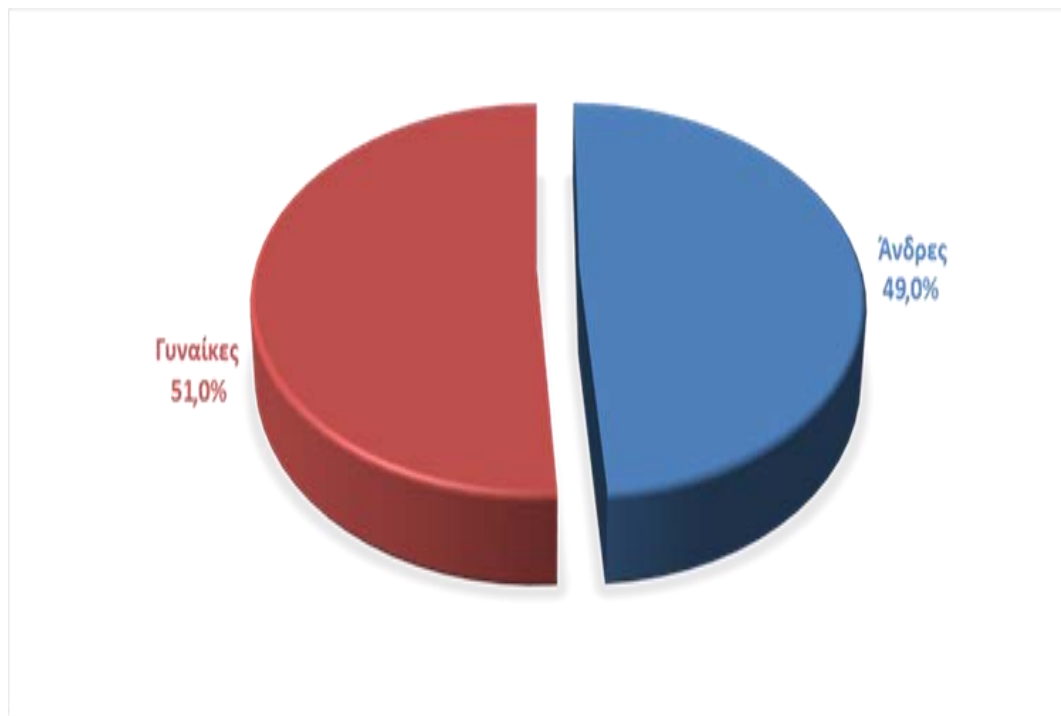
Γράφημα 2. Ποσοστιαία κατανομή του Εκτιμώμενου Πληθυσμού της Χώρας σε ευρείες ομάδες ηλικιών για τα έτη 1951 – 2011 και 2024



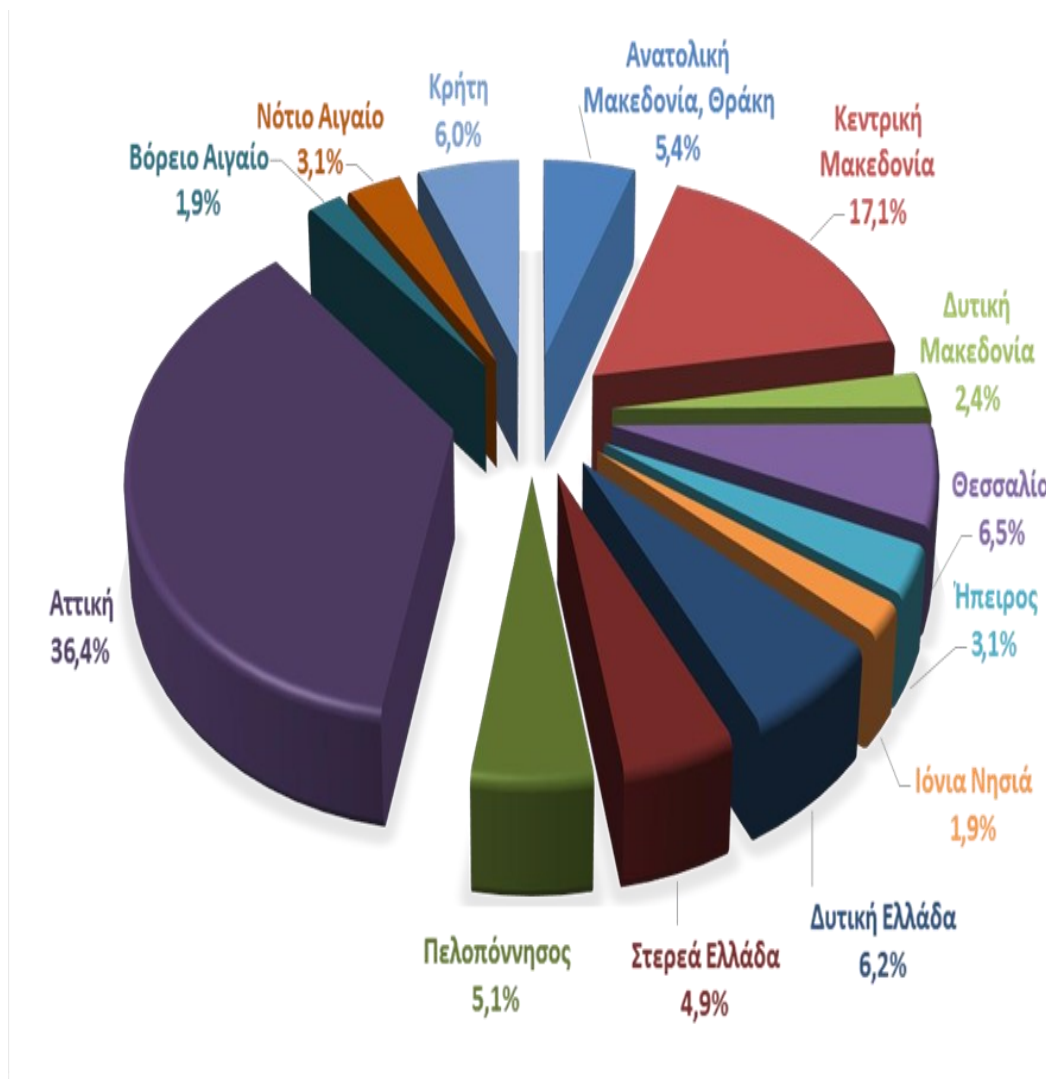
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



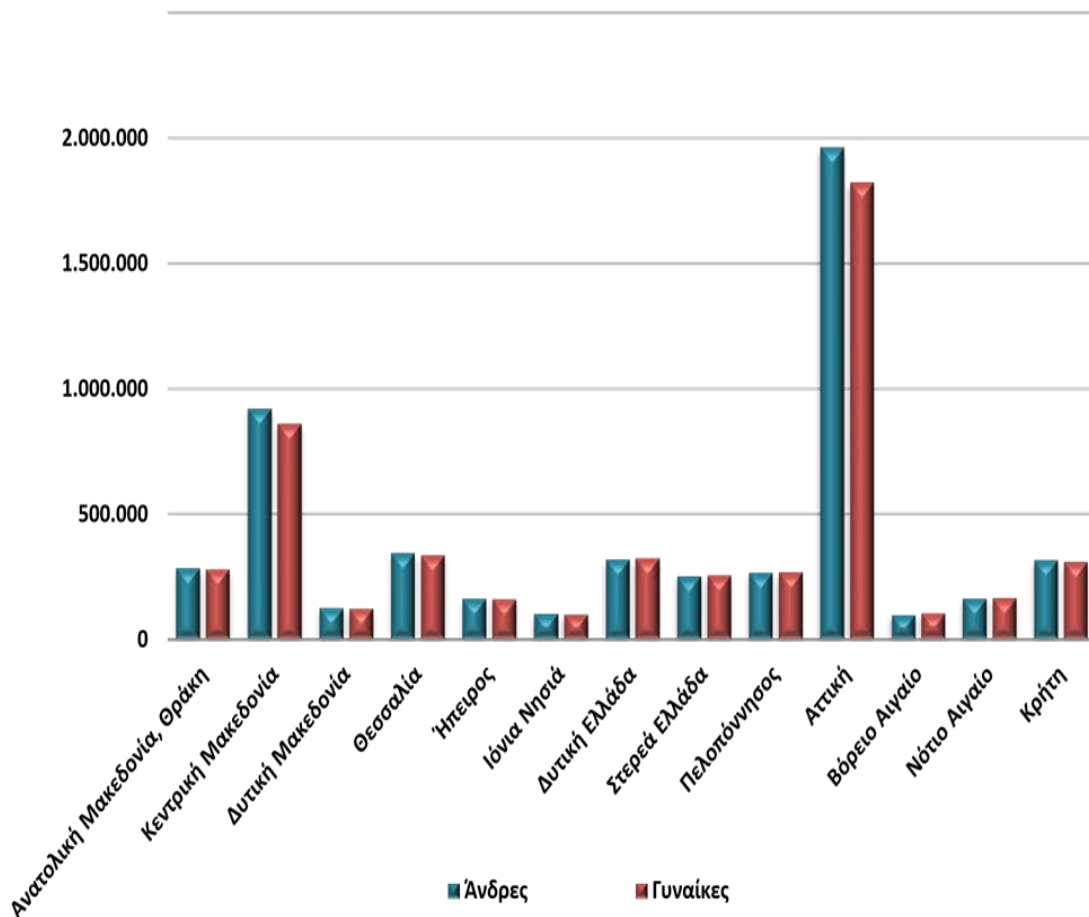
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY



Γράφημα 3. Κατανομή Εκτιμώμενου Πληθυσμού κατά φύλο για το σύνολο της Χώρας την 1η Ιανουαρίου 2024 (ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, 2024) Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail: data.dissem@statistics.gr



Γράφημα 4. Κατανομή Εκτιμώμενου Πληθυσμού κατά Περιφέρεια (NUTS 2) την 1η Ιανουαρίου 2024(ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, 2024) Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail: data.dissem@statistics.gr



(ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, 2024)

Γράφημα 5. Εισερχόμενοι – εξερχόμενοι μετανάστες, 1991 – 2023

(ΕΛΣΤΑΤ, Στοιχεία Εκτιμώμενου Πληθυσμού (1.1.2024) και Μεταναστευτικών Ροών της Χώρας (2023)) Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail: data.dissem@statistics.gr

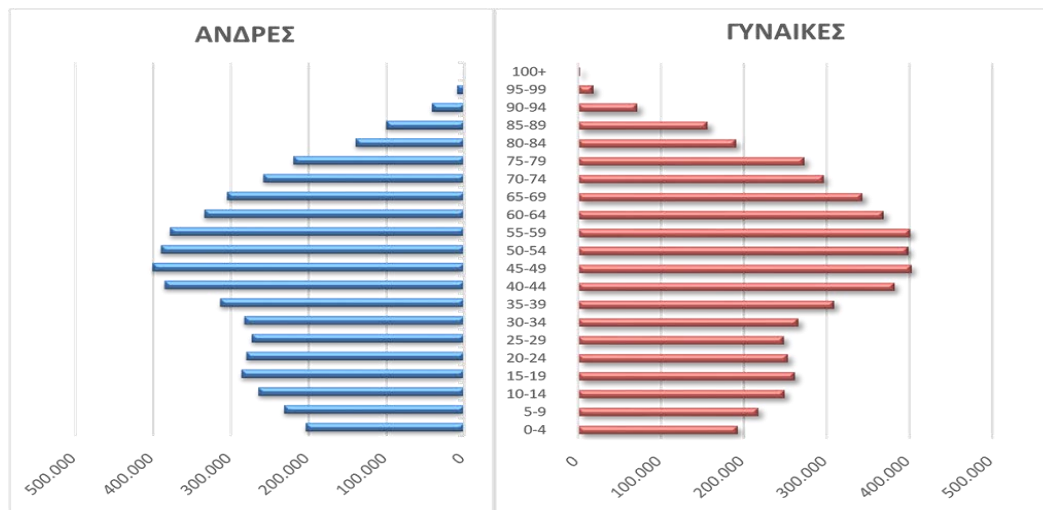


ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

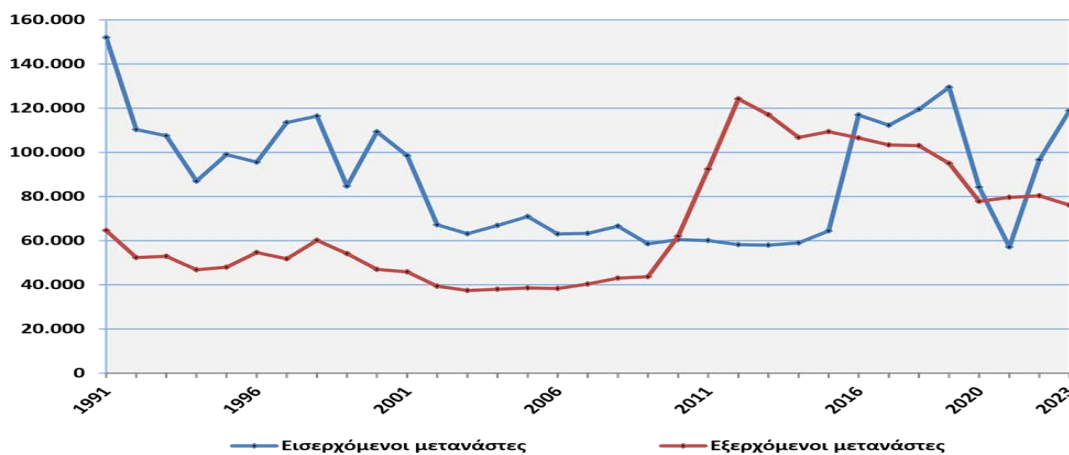


ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

(Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail: data.dissem@statistics.gr, 2024)



Γράφημα 6. Πυραμίδα Εκτιμώμενου Πληθυσμού της Χώρας κατά φύλο και ομάδα ηλικιών την 1^η Ιανουαρίου 2024



Γράφημα 7. Εισερχόμενοι - Εξερχόμενοι μετανάστες, 1991 – 2023

(ΕΛΣΤΑΤ, Στοιχεία Εκτιμώμενου Πληθυσμού (1.1.2024) και Μεταναστευτικών Ροών της Χώρας (2023)) Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail: data.dissem@statistics.gr

(Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail: data.dissem@statistics.gr, 2024)



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

Έτος	Εισερχόμενοι μετανάστες	Εξερχόμενοι μετανάστες	Καθαρή μετανάστευση
1991	151.978	64.628	87.350
1992	110.334	52.389	57.945
1993	107.462	52.929	54.533
1994	86.959	46.813	40.146
1995	98.989	47.967	51.022
1996	95.585	54.628	40.957
1997	113.477	51.794	61.683
1998	116.411	60.119	56.292
1999	84.695	54.175	30.520
2000	109.251	46.993	62.258
2001	98.471	45.909	52.562
2002	67.220	39.378	27.842
2003	63.141	37.433	25.708
2004	66.871	38.041	28.830

Πίνακας.3:Εισερχόμενοι & εξερχόμενοι μετανάστες & καθαρή μετανάστευση (1991-2023)Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail: data.dissem@statistics.gr



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

2005	70.933	38.583	32.350
2006	63.094	38.368	24.726
2007	63.298	40.400	22.898
2008	66.529	43.044	23.485
2009	58.613	43.686	14.927
2010	60.462	62.041	-1.579
2011	60.089	92.404	-32.315
2012	58.200	124.194	-65.994
2013	57.946	117.094	-59.148
2014	59.014	106.804	-47.790
2015	64.446	109.351	-44.905
2016	116.867	106.535	10.332
2017	112.247	103.327	8.920
2018	119.489	103.049	16.440
2019	129.459	95.020	34.439
2020	84.221	77.837	6.384
2021	57.120	79.596	-22.476
2022	96.662	80.307	16.355
2023	118.816	76.158	42.658

Πίνακας.3:Εισερχόμενοι & εξερχόμενοι μετανάστες & καθαρή μετανάστευση (1991-2023)Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail: data.dissem@statistics.gr



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

«ΕΠΕΞΗΓΗΜΑΤΙΚΕΣ ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ»

«Φυσική και μεταναστευτική Κίνηση Πληθυσμού: Η Έρευνα Φυσικής Κίνησης Πληθυσμού, με τη σημερινή της μορφή, διενεργείται από το 1956. Η ΕΛΣΤΑΤ λαμβάνει, σε μηνιαία βάση, πρωτογενή δεδομένα φυσικής κίνησης πληθυσμού από το Υπουργείο Εσωτερικών, μέσω πληροφοριακών συστημάτων τα οποία ενημερώνονται καταρχάς από τα Ληξιαρχεία των δημοτικών αρχών της Χώρας. Τα αποτελέσματα της έρευνας διαχέονται σε ετήσια βάση. Η μεταναστευτική κίνηση εκτιμάται με τη χρήση διαφόρων τεχνικών και στοιχείων άλλων χωρών.

Νομικό πλαίσιο: Η παρούσα έρευνα είναι πλήρως εναρμονισμένη με την Ευρωπαϊκή πρακτική. Η κύρια νομοθετική πράξη είναι ο Νόμος 344/76 «Περί ληξιαρχικών πράξεων» που καθορίζει τις υποχρεώσεις των ληξιάρχων στη συλλογή και εν συνεχεία διαβίβαση των στοιχείων και ο Νόμος 3832/2010 «Περί Ελληνικού Στατιστικού Συστήματος», όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει.

Κάλυψη: Η έρευνα Φυσικής Κίνησης είναι απογραφική και περιλαμβάνει το σύνολο των γεγονότων φυσικής κίνησης (γεννήσεις – θάνατοι) που συνέβησαν στην Ελλάδα.

Γεωγραφική ταξινόμηση: Η γεωγραφική ταξινόμηση βασίζεται στην Ονοματολογία των Εδαφικών Στατιστικών Μονάδων (NUTS)». (ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, 2024) (Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail: data.dissem@statistics.gr, 2024)

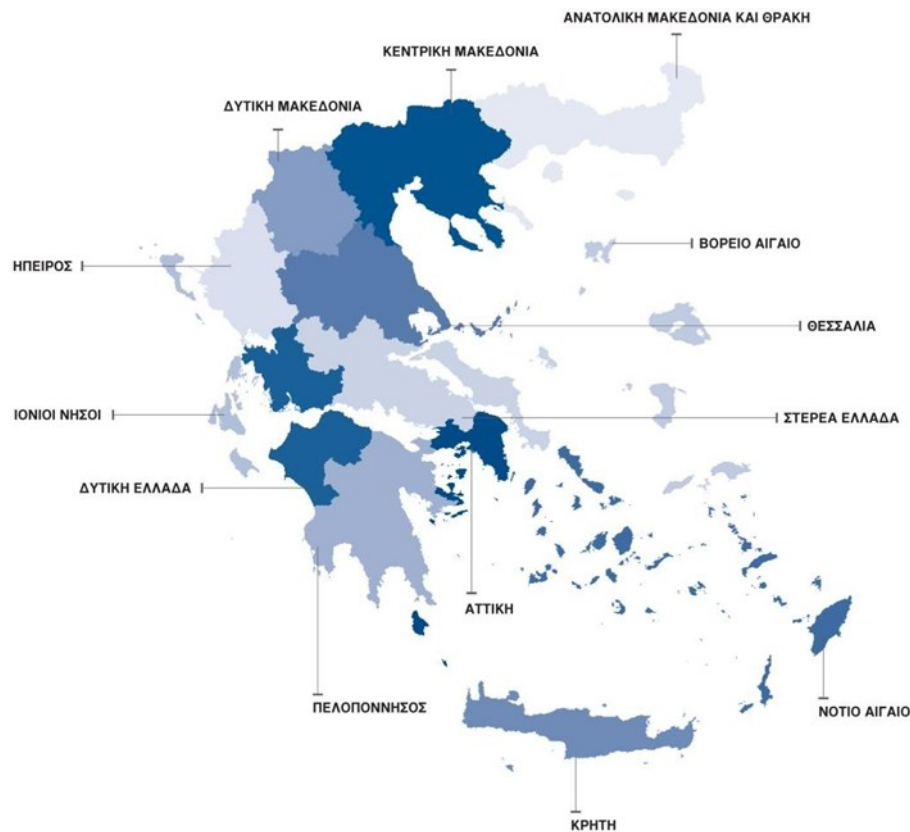


ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY



«Χάρτης των Περιφερειών (NUTS2) της Ελλάδος»

(ΕΛΣΤΑΤ, Στοιχεία Εκτιμώμενου Πληθυσμού (1.1.2024) και Μεταναστευτικών Ροών της Χώρας (2023)) Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail: data.dissem@statistics.gr



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. 5.1.ΓΗΡΑΝΣΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ.ΑΙΤΙΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

5.2.ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ

5.3.ΕΝΕΡΓΟΣ ΓΗΡΑΝΣΗ & ΥΓΙΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗ -ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

5.1 Γήρανση πληθυσμού. Αιτίες και Επιπτώσεις της γήρανσης του πληθυσμού

Κύριες αιτίες του φαινομένου της δημογραφικής γήρανσης αποτελούν η πτώση του αριθμού των γεννήσεων και η μείωση της γονιμότητας που συμβαίνει ταυτόχρονα με τη μειωτική πορεία του ποσοστού της θνησιμότητας και την αύξηση του δείκτη των προσδοκώμενων ετών ζωής. Η μετανάστευση των νέων προς άλλες χώρες, όπου πιστεύουν ότι εκεί θα έχουν καλύτερες εκπαιδευτικές και επαγγελματικές ευκαιρίες, αποτελεί επιπρόσθετο παράγοντα εκδήλωσης της δημογραφικής γήρανσης.

Οι επιπτώσεις της γήρανσης του πληθυσμού είναι οικονομικές, υγειονομικές, κοινωνικές, πολιτικές.

Η μεγάλη ηλικία είναι δυστυχώς συχνά μια περίοδος απωλειών. Οι πιθανές απώλειες ποικίλλουν και είναι συχνά αλληλένδετες:

- Απώλεια της υγείας, λόγω αυξανόμενης παθολογίας (κυρίως αύξηση της επιβάρυνσης των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων και έκπτωση των λειτουργικών ικανοτήτων)
- Απώλεια της οικονομικής κατάστασης, λόγω απώλειας της εργασίας
- Της συντροφικότητας, ύστερα από το θάνατο του συντρόφου
- Της ανεξαρτησίας, λόγω των εμφανιζόμενων ανικανοτήτων
- Της κοινωνικής κατάστασης που συνοδεύει τη συνταξιοδότηση και την απώλεια της ανεξαρτησίας.



Οι ηλικιωμένοι συχνά υποφέρουν από πολλές ασθένειες, μαζί με γηριατρικά σύνδρομα πολλαπλής αιτιολογίας. Το διαφορετικό και ανόμοιο φάσμα της συμπτωματολογίας και της σημειολογίας ποικίλει, ανάλογα με τον κάθε ηλικιωμένο άνθρωπο, πολλές φορές, μάλιστα δεν ακολουθεί την τυπική οδό της σημειολογίας και συμπτωματολογίας. Ως εκ τούτου, οι ασθενείς επισκέπτονται διαφορετικά νοσοκομεία και λαμβάνουν πολλές εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου και συνταγές ταυτόχρονα. Για να λυθεί αυτό το πρόβλημα, απαιτείται ένα αποτελεσματικό σύστημα προσυμπτωματικού ελέγχου από γιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης, καθώς και η ανταλλαγή ιατρικών δεδομένων για τη διατήρηση της ιδιωτικής ζωής μεταξύ νοσοκομείων και κλινικών. Σε ένα γηριατρικό κλινικό περιβάλλον, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να γνωρίζουν τα σωματικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων που συχνά αναπτύσσουν όχι μόνο άνοια, αλλά και γηριατρικά σύνδρομα, όπως κατάθλιψη, πτώσεις και ακράτεια ούρων, έτσι ώστε να απαιτείται μια ολιστική προσέγγιση με συνεκτίμηση της νοσηλευτικής φροντίδας. Οι επαγγελματίες ιατροί που μπορούν να παρέχουν ολοκληρωμένη φροντίδα –ειδικά για τους πιο ηλικιωμένους– όπως εξειδικευμένοι ιατροί στην γηριατρική και γεροντολογία, ιατρών που κατανοούν τις αρχές της φροντίδας ηλικιωμένων θα πρέπει να αναδειχθούν και να αναγνωριστεί η σημασία της εξειδίκευσης στην γηριατρική και γεροντολογία.

(Lim WS, Wong SF, Leong I, Choo P, Pang WS. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2017)

Οι παράγοντες που δυσκολεύουν τους μεγαλύτερους σε ηλικία, και δεν τους επιτρέπει να χαρούν τη ζωή τους με υγεία, χωρίς ανικανότητα σωματική- ψυχική, περιλαμβάνουν διαφορετικές ψυχοκοινωνικές καταστάσεις και εμποδία, που ακολουθούν την ηλικία των γηρατειών, καθώς και μεγάλη συχνότητα παθήσεων, σύμφωνα με την αρχαία ρητορική φράση «δεινόν τό γῆρας, οὐ γάρ ἔρχεται μόνον» δηλαδή, τα γηρατεία έρχονται με όλα τα επακόλουθα, (Μένανδρος).



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

Οι κυριότερες χρόνιες παθήσεις σε ηλικιωμένους ανθρώπους 65+ ετών και άνω είναι

- Καρδιαγγειακές παθήσεις, (Νόσος στεφανιαίων αγγείων, καρδιακή ανεπάρκεια κ.ά.)
- Αυξημένη αρτηριακή πίεση (Υπέρταση)
- Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ)
- Σακχαρώδης Διαβήτης
- Καρκίνος
- Χρόνιες παθήσεις των πνευμόνων (ΧΑΠ)
- Νοσήματα Μυοσκελετικού συστήματος (όπως: ρευματοειδής και ψωριασική αρθρίτιδα, οστεοπενία, κύφωση)
- Νευρολογικές & ψυχιατρικές διαταραχές -καταστάσεις και παθήσεις (απώλεια νοητικών λειτουργιών, απώλεια μνήμης, κατάθλιψη, ανοϊκές καταστάσεις, θλίψη, απομόνωση, απόσυρση, απώλεια γεύσης και όρεξης, κ.ά.)
- Διαταραχές όρασης (γλαύκωμα, αυξημένη ενδοφθάλμια πίεση, καταρράκτης από σακχαρώδη διαβήτη, τύφλωση, κ.λ.π.) (Σημειώσεις από το μάθημα Υγιής Γήρανση, Μάθημα 1, Γεωργία Σκούφη ΠΑΝ.ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ, 2023)

5.2. Κοινωνικοοικονομικές συνέπειες της γήρανσης

Ο γηρασμένος πληθυσμός δημιουργεί δυσεπίλυτα προβλήματα και επιβαρύνουν το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας όσον αφορά:

- τα ασφαλιστικούς οργανισμούς και συνταξιοδοτικά ταμεία
- τα συστήματα υγειονομικής παροχής φροντίδας και υπηρεσιών υγείας
- τους δημόσιους και ιδιωτικούς σταθμούς και ιδρύματα, περίθαλψης, φροντίδας και φιλοξενίας των ηλικιωμένων ανθρώπων



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

Αυξάνεται η δημόσια δαπάνη που σχετίζεται με τη γήρανση, όπως των συντάξεων, υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικών παροχών για τους ηλικιωμένους. Αυτό μπορεί να ζημιώσει την οικονομική ανάπτυξη και να υποβαθμίσει εξ ολοκλήρου την ποιότητα ζωής, εάν χρειαστεί η κυβέρνηση της χώρας από τον καθορισμένο κοστολογημένο προϋπολογισμό της, να πάρει χρηματικά κονδύλια που ήταν για τις δημόσιες δαπάνες και από τις επενδύσεις στην εκπαίδευση και τις υποδομές και να τα δώσει στη χρηματοδότηση προγραμμάτων για τους ηλικιωμένους. Για να μειωθεί η διάρκεια παραμονής στα νοσοκομεία, στα τμήματα των πρώτων βοηθειών και μονάδων αυξημένης φροντίδας, να μειωθεί η σωματική επιβάρυνση των υγειονομικού προσωπικού των νοσοκομείων στα τμήματα αυτά και να ανταποκριθεί ουσιαστικά το σύστημα υγείας στη ζήτηση φροντίδας των ηλικιωμένων που προτιμούν να παραμείνουν στο σπίτι τους, απαιτείται περαιτέρω προώθηση της κατ' οίκον φροντίδας. Επιπλέον, ο οικογενειακός γενικός ιατρός χρειάζεται ολοένα και πιο συχνά, για την κάλυψη ποικίλων ιατρικών απαιτήσεων για περίθαλψη και βελτίωση της υγείας καθώς και της καλτέρευσης της ποιότητας της ζωής των μεγαλύτερων σε ηλικία ασθενών. Θεωρείται σημαντική η διασύνδεση των υπηρεσιών, ώστε να μοιράζονται τα προβλήματα της πρόληψης ασθενειών, ιατρικής αντιμετώπισης και περίθαλψης, μεταξύ των επαγγελματιών υγείας στον τομέα της ιατρικής, της περίθαλψης και της πρόνοιας και να υπάρχει η συνεργασία αξιοποιώντας με τον καλύτερο τρόπο τις ειδικότητες των επαγγελματιών υγείας.

(Hidenori Arai, Yasuyoshi Ouchi, Masayuki Yokode, Hideki Ito, Hiroshi Uematsu, Φούμιο Έτο, Σινίτσι Οσίμα, Κικούκο Ότα, Yasushi Saito, 2011,)

Οι συνέπειες από τον μικρό αριθμό σε πληθυσμό των ενεργών ηλικιακά παραγωγικών μελών, μπορεί να φέρουν ως αποτέλεσμα :

- αύξηση των ασφαλιστικών εισφορών και αύξηση στις φορολογικές κρατήσεις των εργαζομένων (για την κάλυψη της χρηματοδότησης των συντάξεων και των αυξημένων υγειονομικών δαπανών).



- ανοδικά όρια ηλικίας προς την συνταξιοδότηση.
- μείωση των συνταξιοδοτικών μισθών και των δαπανών για τη υγειονομική περίθαλψη και παροχή υπηρεσιών φροντίδας των γηρασμένων ατόμων, το οποίο αν πραγματοποιηθεί θα επιφέρει υποβάθμιση στην ποιότητα ζωής τους. (Σημειώσεις από το μάθημα Υγής Γήρανση, Μάθημα 1, Γεωργία Σκούφη ΠΑΝ.ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ, 2023)

5.2.1. Κοινωνικοπολιτικές συνέπειες της γήρανσης

Καθώς οι μεγαλύτεροι σε ηλικία, αυξάνονται πληθυσμιακά η αντιπροσώπευσή τους στο εκλογικό σώμα είναι επαυξημένη, αφού κατέχουν την πλειοψηφία του και πιστεύεται ότι πράγματι είναι πιο συντηρητικοί, με συνέπεια να δυσκολεύονται να ψηφιστούν και να γίνουν νόμοι πολλές από τις κοινωνικές μεταρρυθμίσεις (η προσκόλληση στα ήθη, έθιμα, παραδόσεις, δεν θέλουν να χάσουν τα κεκτημένα και δεν επιθυμούν αλλαγές, δεν προσπαθούν καν να αλλάξουν το τοπίο ούτε και έχουν την τόλμη να το κάνουν).

5.2.2. Κοινωνικές συνέπειες της γήρανσης

Στην οικογενειακή δομή: Η οικογένεια πρέπει η ίδια, να διαφυλάττει τα ευάλωτα γηρασμένα μέλη της που χρειάζονται θαλπωρή και προστασία όταν η ηλικία τους δεν τους επιτρέπει πια την αυτοφροντίδα τους λόγω παθήσεων και ανικανότητας και να τους παρέχει την ανάλογη περιποίηση, φροντίδα και συμπαράσταση. Σε περιπτώσεις όμως που δεν υφίσταται η δυνατότητα ανάληψης της ευθύνης για προστασία της φροντίδας και περιποίησης των ατόμων αυτών από τις οικογένειές τους, για διάφορους λόγους, η αναγκαιότητα για στέγαση και εξειδικευμένη φροντίδα υγείας είναι μεγάλη και μπορεί να προσφερθεί από τις υπηρεσίες Μακροχρόνιας Φροντίδας. Η παροχή της ΜΦ υγείας μπορεί να είναι άτυπη και να παρέχεται στο σπίτι κυρίως από Μη -επαγγελματίες φροντιστές όπως το οικογενειακό συγγενικό περιβάλλον του ατόμου. Οι επαγγελματίες υγείας (ιατροί, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, ψυχολόγοι) παρέχουν την τυπική φροντίδα με αμοιβή. Οι εθελοντικές οργανώσεις με τους επαγγελματίες εθελοντές τους δύναται να παρέχουν την τυπική φροντίδα χωρίς να



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

αμείβονται καλυπτόμενοι από το ενίοτε καταστατικό της Μη Κυβερνητικής Οργάνωσης (ΜΚΟ) στην οποία ανήκουν και ενεργούν ως μέλη της, είτε στην οικία είτε σε δημόσιο ή ιδιωτικό οργανισμό. Η ΜΦ υγείας παρέχεται από δομές που ανήκουν στον ιδιωτικό τομέα (κλινικές, κέντρα αποκατάστασης, οίκους ευγηρίας) και στον δημόσιο τομέα (Κέντρα Κοινωνικής Φροντίδας (ΚΚΦ), Θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων, Κέντρα Φυσικής Ιατρικής και κοινωνικής Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ), Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ), Δημόσια Γηροκομεία και μέσω των Δήμων με προγράμματα όπως « Βοήθεια στο σπίτι»). Με βάση τις προβλέψεις για την εξέλιξη της δημογραφικής γήρανσης οι ανάγκες για δομές εξειδικευμένες που να καλύπτουν τις ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων είναι μεγάλες. Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας έχουν ανάγκη από περισσότερες υπηρεσίες υγείας τόσο σε ποσότητα όσο και σε ποιότητα όχι μόνο γιατί η νοσηρότητα αυξάνεται αλλά και γιατί ο χρόνος ανάρρωσής τους είναι μεγαλύτερος. Η γήρανση του πληθυσμού επιφέρει υπέρογκες αυξήσεις φαρμακευτικών δαπανών και υψηλή ζήτηση για ιατρική περίθαλψη και υψηλή ποιοτική φροντίδα από τις υγειονομικές υπηρεσίες. (ΣΑΡΑΦΗΣ Π., ΜΠΑΜΙΔΗΣ Π., 2020)

Σύγκρουση γενεών, διεύρυνση χάσματος ανάμεσα σε ηλικιωμένους και νέους:

Οι άνθρωποι ζουν περισσότερο, δίνοντάς τους ευκαιρίες για να συμβάλλουν και να μετέχουν σε ένα ευρύτερο φάσμα δραστηριοτήτων και ενδιαφερόντων που έχουν νόημα για αυτούς καθόλη τη διάρκεια της ζωής τους.

Ο αυξανόμενος γηραιότερος πληθυσμός είναι επίσης καλύτερα μορφωμένος και πιο γνώστης από ποτέ, δίνοντάς του τη δυνατότητα να προσφέρει μεγαλύτερη συνεισφορά στην κοινωνία.

Η κοινωνία οφείλει να αναγνωρίζει τους γηραιότερους, να τους φέρεται με σεβασμό, να τους ευγνωμονεί, για όσα με τη δική τους συμβολή και προσπάθεια έχουν προσφέρει και ακόμη συνεχίζουν να προσφέρουν, να τους τιμά και να τους εκτιμά για τις αντίξοες συνθήκες που έχουν βιώσει και έχουν καταφέρει να ξεπεράσουν. Να τους



παρέχει ευκαιρίες για τη συνέχιση της εργασιακής τους ζωής και τη μεταφορά των γνώσεων - εμπειριών και της πείρας τους στους νεότερους, ώστε να συνεχίσουν, ως ίσοι, κοινωνοί -ενεργοί, με αξιοπρέπεια προς όλους στην κοινωνία, όπου ζουν με τη βέλτιστη υγεία που δύνανται να έχουν και με την ποιότητα ζωής, που τους αξίζει.

5.3.Υγιής γήρανση και Ενεργός γήρανση- Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Η απάντηση στη γήρανση του πληθυσμού και την υγεία είναι η προαγωγή της υγιούς γήρανσης κατά τη διάρκεια της ζωής. Η μέθοδος προσέγγισης της γήρανσης, έχει πρωτεύουσα και καθοριστική σημασία για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που επιφέρει για το ηλικιωμένο άνθρωπο και το κοινωνικό του περιβάλλον. Αντί να θεωρούμε τη γήρανση του πληθυσμού ως αρνητικό κοινωνικό φαινόμενο, θα πρέπει να δημιουργήσουμε μια κοινωνία όπου οι ηλικιωμένοι θα μπορούν να απολαμβάνουν μια υγιή, γεμάτη ευημερία, ζωή μέσω της συμμετοχής και της προσφοράς τους στην κοινωνία.

Το συνολικό ποσοστό εργατικού δυναμικού αναμένεται να μειωθεί στο μέλλον ως κατάληξη της πτώσης της γεννητικότητας και την άνοδο σε υψηλά επίπεδα του προσδόκιμου ζωής. Αντίθετα, οι πιο νέοι των ηλικιωμένων, έχουν ικανοποιητική σωματική αντοχή για να ολοκληρώσουν την εργασία τους, και να συμμετέχουν και να προσφέρουν στην κοινωνία. Για αυτά τα άτομα, θα πρέπει να αναπτυχθεί μια κοινωνική δομή όπου οι ηλικιωμένοι μπορούν να εργαστούν μέσω της επανεκπαίδευσης των ηλικιωμένων και της παροχής διαφόρων τύπων εργασίας. Η επανένταξη και η προσφορά αυτών, των νέων ηλικιωμένων, σε εργασία όπου θα είναι αρωγοί και μέτοχοι στην κοινωνία, θα αυξήσει το παραγωγικό ενεργό δυναμικό και θα βοηθήσει στην επανεκκίνηση της αποκατάστασης της εθνικής οικονομικής δραστηριότητας μέσω της αύξησης της συνολικής καταναλωτικής δραστηριότητας, αλλά και στην πτώση του ποσοστού των ηλικιωμένων ανθρώπων που μπορεί να χρήζουν νοσηλεία και φροντίδα σε νοσοκομεία. Επομένως, προκειμένου οι ηλικιωμένοι να ασχοληθούν με διάφορες κοινωνικές δραστηριότητες, θα πρέπει να προετοιμαστούν στρατηγικές για την ανάπτυξη μιας κοινωνικής δομής για



επανεκπαίδευση, διάφορες καταστάσεις απασχόλησης και ευκαιρίες απασχόλησης. Έτσι τα συναισθήματα για παραίτηση από τη ζωή, για απόσυρση, απομόνωση και μοναχικότητα, θα αντικατασταθούν από την ευχαρίστηση της απασχόλησης, της βοήθειας και της δοτικότητας, προς την κοινωνία. Ωστόσο, δεδομένου ότι ο συνολικός αριθμός των θέσεων εργασίας είναι σταθερός, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη και οι νέοι εργαζόμενοι. Για να διατηρήσει την ανεξάρτητη διαβίωση, ένα άτομο πρέπει να έχει σταθερή λειτουργικότητα, όπου συμπεριλαμβάνονται οι λειτουργίες της καθημερινής ζωής, της γνωστικής λειτουργίας, του συναισθήματος και της κοινωνικότητας (οικογένεια, φίλοι, εργασία). (ΣΑΡΑΦΗΣ Π., ΜΠΑΜΙΔΗΣ Π., 2020)

Η **υγιής γήρανση** είναι όλα αυτά που γίνονται από κάποιον για να αναπτύξει και να διατηρήσει όσο μπορεί και δύναται την λειτουργική του ικανότητα και αντίληψη, ώστε να του επιτρέπει την ευημερία του σε μεγαλύτερη ηλικία». (WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO, 2015, σελ.27).

Η λειτουργική ικανότητα έχει να κάνει με τις δυνατότητες που επιτρέπει στον άνθρωπο να : ικανοποιεί τις κύριες ανάγκες, να αντιλαμβάνεται και να μαθαίνει, να μεγαλώνει και να τολμά να παίρνει ρίσκα και να αποφασίζει, να ενεργεί και να κινητοποιείται, να κάνει και να διατηρεί σχέσεις και να συμβάλλει στο κοινωνικό σύνολο. Όταν η καλή υγεία γίνει τρόπος ζωής, στην καθημερινότητα του ανθρώπου, ενσωματωθεί και καθιερωθεί, ως καλή συνήθεια και υιοθετηθεί ως συμπεριφορά καθόλη τη διάρκεια της ζωής τότε όταν περάσουν τα χρόνια και έχει μεγαλώσει να μεγαλώσει υγιώς και τελικά να έχει μια ολοκληρωμένη, γεμάτη και ενεργή παραγωγική ζωή και να είναι μοναδικός, απαραίτητος και κινητοποιός δύναμη της οικογένειάς του και αρωγός του κοινωνικού συνόλου στο οποίο μετέχει και υπάρχει. (ΣΑΡΑΦΗΣ Π., ΜΠΑΜΙΔΗΣ Π., 2020)

Η **Ενεργός γήρανση** προϋποθέτει την υγιή γήρανση. Αν υπάρχει υγεία και γερνά κάποιος, τότε μπορεί να είναι ενεργός και δραστήριος εφόσον είναι υγιής και λειτουργικός. Με την λειτουργική του ικανότητα μπορεί να διαβίει μόνος του, χωρίς



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

να επιβαρύνει τα παιδιά του. Είναι αυτόνομος και ανεξάρτητος, πηγαίνει όπου αρέσκειται, εργάζεται και κερδίζει το εισόδημά του, φροντίζει για τις καθημερινές του ανάγκες, συμμετέχει ενεργά σε πολιτιστικές, κοινωνικές, πνευματικές δραστηριότητες και εκδηλώσεις. Φροντίζει για την ποιότητα της ζωής του, την υγεία του, τη διατροφή του και την άθλησή του.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) ορίζει την **Ενεργό Γήρανση** ως «τη διαδικασία που επιτρέπει την ευημερία σε μεγαλύτερη ηλικία, την διαδικασία της βελτιστοποίησης των ευκαιριών για την υγεία, τη συμμετοχή και την ασφάλεια, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα της ζωής καθώς οι άνθρωποι γερνούν».

(WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002, σελ.12), (ΣΑΡΑΦΗΣ Π., ΜΠΑΜΙΔΗΣ Π., 2020)

- **Ενεργός γήρανση** σημαίνει ότι η ζωή τρέχει με γοργό ρυθμό, και εξασφαλίζει δυνατότητες στον κάθε ηλικιωμένο για να συνεχίσει την εργασιακή του πορεία και να μεταφέρει και να μεταλαμπαδεύσει την πείρα του και τις εργασιακές του εμπειρίες στους πιο νέους εργαζόμενους. Εξασφαλίζει τη συνέχιση της ενεργούς συμμετοχής του στην κοινωνία με ισοτιμία, αξιοπρέπεια ώστε να έχει μια ζωή με βέλτιστη υγεία, ευημερία , λειτουργικές δραστηριότητες μέσα στην κοινωνία και την καλύτερη ποιότητα ζωής.
- **Η υγιής γήρανση** αποτελεί μια αέναη διαδικασία για όσο χρόνο διαρκεί η ζωή, και δύναται να αφορά όλους, όχι μόνο αυτούς που επί του παρόντος είναι απαλλαγμένοι από ασθένειες.
- Το πρόγραμμα του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, **«Η Δεκαετία του ΟΗΕ για την υγιή γήρανση 2021–2030»**, αποτελεί μια Παγκόσμια συνεργασία για δράση με τη συμμετοχή όλων, για την καλυτέρευση της ζωής των ανθρώπων μεγάλης ηλικίας, των οικογενειών τους αλλά και των κοινοτήτων όπου διαβιούν. (ΟΗΕ, Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών, UNRIC, UNITED NATIONS REGIONAL INFORMATION CENTRE)



- Για την προώθηση της υγιούς γήρανσης και τη βελτίωση των συνθηκών και του τρόπου διαβίωσης της ζωής των ηλικιωμένων, και των οικογενειών τους αλλά και των κοινοτήτων τους, τις οποίες απαρτίζουν, απαιτούνται θεμελιώδεις αλλαγές όχι μόνο στις ενέργειες που αναλαμβάνουμε αλλά και στον τρόπο σκέψης ως προς την ηλικία και το γήρας! (Σημειώσεις από το μάθημα Υγιής Γήρανση, Μάθημα 1, Γεωργία Σκούφη ΠΑΝ.ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ, 2023).

Θα χρειαστεί να έχουμε ένα σύστημα υγείας τέτοιο που θα επιτρέπει να φθάσει ο πληθυσμός σε καλή κατάσταση υγείας πριν από τα 60 έτη, αλλά και μετά τα 65 έτη, να μην είναι σε κατάσταση κατάρρευσης με χρόνιες ασθένειες και ανικανότητες, οι οποίες θα κοστίσουν περισσότερο στο σύστημα υγείας. Γιατί η γήρανση του πληθυσμού επιφέρει υψηλές απαιτήσεις στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και ποιότητα στις υπηρεσίες που θα λαμβάνει.

Οι επαγγελματίες ιατροί που μπορούν να παρέχουν ολοκληρωμένη φροντίδα –ειδικά για τους πιο ηλικιωμένους όπως εξειδικευμένοι ιατροί στην γηριατρική και γεροντολογία, ιατρών που κατανοούν τις αρχές της φροντίδας ηλικιωμένων θα πρέπει να αναδειχθούν και να αναγνωριστεί η σημασία της εξειδίκευσης στην γηριατρική και γεροντολογία. Για να ανταποκριθεί ουσιαστικά το σύστημα υγείας στη ζήτηση φροντίδας των ηλικιωμένων που προτιμούν να παραμείνουν στο σπίτι τους, απαιτείται περαιτέρω προώθηση της κατ' οίκον φροντίδας. Ο οικογενειακός γενικός ιατρός χρειάζεται ολοένα και πιο συχνά, για την κάλυψη ποικίλων ιατρικών απαιτήσεων για περίθαλψη και βελτίωση της υγείας καθώς και της καλυτέρευσης της ποιότητας της ζωής των μεγαλύτερων σε ηλικία ασθενών. Σημαντική είναι η διασύνδεση των υπηρεσιών, ώστε να μοιράζονται τα προβλήματα της πρόληψης ασθενειών, ιατρικής αντιμετώπισης και περίθαλψης, μεταξύ των επαγγελματιών υγείας στον τομέα της ιατρικής, της περίθαλψης και της πρόνοιας και να υπάρχει η συνεργασία αξιοποιώντας με τον καλύτερο τρόπο τις ειδικότητες των επαγγελματιών υγείας. (Hidenori Arai, Yasuyoshi Ouchi, Masayuki Yokode, Hideki Ito, Hiroshi Uematsu, Φούμιο Έτο, Σινίτσι Οσίμα, Κικούκο Ότα, Yasushi Saito, 2011).



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ -ΠΡΟΛΗΨΗ

Οι Κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας είναι οι συνθήκες στις οποίες έχουμε γεννηθεί έχουμε μεγαλώσει και ενηλικιωθεί καθώς επίσης και σε αυτές που ζούμε και εργαζόμαστε (φυσικό -εργασιακό – κοινωνικό περιβάλλον). Οι παράγοντες που επηρεάζουν, επιδρούν στην υγεία μας στο να είμαστε καλά και να έχουμε ποιότητα ζωής είναι :

η παιδική ηλικία, η στέγαση, η μόρφωση - εκπαίδευση, η κοινωνική υποστήριξη, τα οικογενειακά εισοδήματα, η απασχόληση- επάγγελμα (εργασιακό περιβάλλον), οι κοινότητες μας, στις οποίες ζούμε (το περιβάλλον της κοινωνίας) και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας .

Οι υποτυπώδεις και σχεδόν ανύπαρκτες συνθήκες της οικονομικής και της κοινωνικής ζωής επιδρούν στην υγεία σε όλη την χρονική διάρκεια της ζωής του ανθρώπου, σε υπέρτατο βαθμό και εφόσον η ύπαρξη μιας κάποιας παρέμβασης δεν πρόκειται να συμβεί, η νόσηση από σοβαρές παθήσεις και ο θάνατος των παιδιών που γεννιούνται σε μηδαμινές ακραίες συνθήκες, είναι βέβαιο γεγονός. Ο κίνδυνος για σοβαρή νόσηση και πρόωρο θάνατο είναι διπλάσιος σε ανθρώπους με χαμηλή κοινωνικοοικονομική διαστρωμάτωση αναφορικά με εκείνους που ανήκουν σε υψηλή κοινωνικοοικονομική διαστρωμάτωση.

Ένα από τα ουσιώδη βασικά κοινωνικά αγαθά μιας κοινωνίας είναι η υγεία. «Η προαγωγή της υγείας είναι η διαδικασία που επιτρέπει στους ανθρώπους να αυξήσουν τον έλεγχο και να βελτιώσουν την υγεία τους.» (WHO, ορισμός , Προαγωγής Υγείας, 1998) (https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1, 1998).

Οι σημερινές πολιτικές δημόσιας υγείας, συνιστούν θεμελιώδη προϋπόθεση για τη διασφάλιση της ζωής με υγεία και ευημερία:



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

α) την αποτελεσματική αντιμετώπιση όλων των σημερινών παθήσεων, επιδημιών νοσογόνων απειλών και μεγάλων παραγόντων κινδύνου που τις διαμορφώνουν.

β) την πραγματοποίηση και εκπλήρωση των στόχων για πρόσβαση για όλους και σε όλους καθώς και της κατάλυσης και της κατάργησης των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων.

Το παγκοσμιοποιημένο και ταχέως εξελισσόμενο διεθνές περιβάλλον δημιουργεί συνεχείς εντάσεις στο χώρο της δημόσιας υγείας, όπως η οικονομική ύφεση, οι ανισότητες μέσα στο κοινωνικό σύνολο, η ηλικιακή γήρανση του πληθυσμού, το μεταναστευτικό κύμα των προσφύγων, καθώς και οι σύγχρονες περιβαλλοντικές απειλές είναι μερικές από τις συνεχείς προκλήσεις που δημιουργούνται στο χώρο της δημόσιας υγείας, από το διαρκώς εξελισσόμενο και μεταβαλλόμενο παγκοσμιοποιημένο, διεθνές περιβάλλον και απαιτούν άμεση ανταπόκριση και αντιμετώπιση.

Ένας από τους 17 στόχους βιώσιμης ανάπτυξης, του ΟΗΕ, είναι η διασφάλιση μίας ζωής με υγεία και η προαγωγή της ευημερίας για όλους, σε όλες τις ηλικίες. Η διασφάλιση της καθολικής πρόσβασης στη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγειονομική περίθαλψη, πρόσβαση σε βασικές ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και σε ασφαλή, αποτελεσματικά, ποιοτικά και προσιτά βασικά φάρμακα και εμβόλια. Θα πρέπει να ενισχυθούν με χρηματοδότηση, τα κέντρα υποβοήθησης αναπαραγωγής ώστε να μπορέσουν οι νέοι που θέλουν να κάνουν παιδιά και έχουν πρόβλημα να βοηθηθούν, γιατί το κόστος είναι υπέρογκο και αβάσταχτο για την διενέργεια μιας εξωσωματικής γονιμοποίησης.



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY



Εικ.12. Οι 17 Στόχοι Βιώσιμης Ανάπτυξης (ΟΗΕ, Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών, UNRIC, UNITED NATIONS REGIONAL INFORMATION CENTRE)

«Δημόσια Υγεία είναι η συλλογική δράση για αειφόρο ανάπτυξη της υγείας του πληθυσμού». (Beaglehole & Bonita, 2004).

Είναι αναγκαία η ύπαρξη ενιαίου προγράμματος μεταρρύθμισης με τη συμμετοχή και τη συνεργασία όλων, με στόχο και σκοπό της καλυτέρευσης της υγείας του πληθυσμού



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

στην Ελλάδα και στην διασφάλιση της καθολικής κάλυψης των αναγκών υγείας, και ιδιαίτερα στις ευαίσθητες κοινωνικά πληθυσμιακές ομάδες, οι οποίες πλήττονται περισσότερο από την κρίση.

Στα μη μεταδιδόμενα νοσήματα (MMN) αποδίδεται η πλειοψηφία των θανάτων και της νοσοεπιβάρυνσης στις χώρες της ΕΕ, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας.

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο καρκίνος, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) από τις παθήσεις των πνευμόνων και ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελούν το 77% της νόσησης και το 85% των πρόωρων θανάτων. ("Ελλάδα : Προφίλ Υγείας 2019" OECD, ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ (ΟΟΣΑ), 2019)

Κύριοι και βασικοί επιβαρυντικοί παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν την επίπτωση και τον επιπολασμό αυτών των νόσων είναι : η παχυσαρκία, το κάπνισμα, η έλλειψη σωματικής άσκησης.

Η ανάπτυξη στρατηγικών πολιτικών δημόσιας υγείας με ολοκληρωμένα προγράμματα και δράσεις, πρόληψης και προαγωγής υγείας τόσο για την αντιμετώπιση των χρόνιων ασθενειών όσο και για τον έλεγχο των προδιαθεσικών παραγόντων και κινδύνων εμφάνισής τους, αποτελούν τη νέα αντίληψη στο σχεδιασμό της σημερινής πολιτικής δημόσιας υγείας σε όλους τους τομείς της πρόληψης, της έγκαιρης διάγνωσης και της αντιμετώπισης .

Η Πρόληψη στην Ελλάδα στον πρωτογενή τομέα, θα πρέπει να εστιάσει στις νεότερες σε ηλικία πληθυσμιακές ομάδες (παιδιά και νέους). Ως ενδεικτικές δράσεις είναι:

- Η θεσμοθέτηση του νέου Βιβλιρίου Υγείας του παιδιού
- Η θέσπιση νομικού πλαισίου για την προαγωγή του Μητρικού Θηλασμού
- Τα προγράμματα αγωγής υγείας στο σχολικό περιβάλλον από το Υπουργείο Υγείας και το Υπουργείο Παιδείας σε συνεργασία με Πανεπιστήμια και άλλους επιστημονικούς φορείς

- Η προστασία και την προαγωγή της υγείας των ηλικιωμένων ατόμων στο πλαίσιο του προγράμματος "Ηπιόνη". (moh.gov.gr, "Πρόληψη στην Τρίτη Ηλικία-ΗΠΙΟΝΗ", 2019)
- Ο σχεδιασμός και της ανάπτυξη στρατηγικών για την επαγγελματική και εργασιακή υγεία

Η Δευτερογενής πρόληψη αφορά τον σχεδιασμό του Εθνικού Προγράμματος Προσυμπτωματικού Ελέγχου που προχωρά με την συνεργασία του συνόλου των εμπλεκόμενων φορέων και της Κοινωνίας των Πολιτών. Επίσης Σε συνεργασία με τις Ιατρικές Εταιρείες σχεδιάζεται το μητρώο επιτήρησης νοσημάτων το οποίο θα αφορά στην αποτελεσματική παρακολούθηση των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Με τη δημιουργία του νέου Εθνικού Οργανισμού Νεοπλασιών ρυθμίζονται τα ζητήματα του Εθνικού Αρχείου Νεοπλασιών ώστε αυτό να τεθεί εκ νέου σε λειτουργία.

Ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και στην ανάπτυξη νέας στρατηγικής για τις εξαρτήσεις, με προστασία των ατόμων υψηλού κινδύνου, δραστική αντιμετώπιση των κοινωνικών προσδιοριστών της ψυχικής νόσου, προάσπιση του κοινωνικού κράτους και των δημόσιων υπηρεσιών ψυχικής υγείας .

Οι κοινωνικές ανισότητες πρέπει να σβηστούν και να μην υφίστανται και η πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας θα πρέπει να είναι καθολική και ισότιμη, προς όλους και για όλους ισότιμα.

Στόχος είναι η καθολική και ισότιμη κάλυψη του πληθυσμού με έμφαση στην ΠΦΥ και την ανθρωποκεντρική φροντίδα, και η διασφάλιση της κατανομής των οικονομικών πόρων με βάση το κοινωνικό συμφέρον.

Να σχεδιαστούν και να υλοποιηθούν δράσεις για την τροποποίηση των κοινωνικών προσδιοριστών της ασθένειας, όπως η ανεργία, η φτωχοποίηση, ο κοινωνικός αποκλεισμός, οι «ανθυγιεινές-κακές» συνήθειες και όλοι οι



συμπεριφορικοί προσδιοριστές και οι συνθήκες του φυσικού περιβάλλοντος, της εργασίας, και της κοινωνίας, τα εργατικά ατυχήματα κλπ) (moh.gov.gr, n. d.). (Διαμαντόπουλος Βασίλειος, 2023)

- Η υγεία είναι πολιτική επιλογή, γιατί είναι άνισα κατανεμημένη στον πληθυσμό,
- οι περισσότεροι προσδιοριστές υγείας εξαρτώνται από πολιτικές αποφάσεις,
- η υγεία αποτελεί θεμελιακή διάσταση των ανθρώπινων δικαιωμάτων
- η πολιτική και οι πολιτικές σήμερα διαμορφώνονται από πολλαπλές κοινωνικές απαιτήσεις και προσδοκίες όσο και τις επιδιώξεις παραγόντων και συμφερόντων που αφορούν τομείς όπως το περιβάλλον, την βιομηχανία, το εμπόριο σε εθνικό, τοπικό και διεθνές επίπεδο. (Α. Τσουρός, Health is a political choice, 2018) (Τσουρός, 2018).

Το δημογραφικό πρόβλημα στην Ελλάδα, αποτελεί δομικό παράγοντα για την προάσπιση της δημόσιας υγείας, ως κοινωνικό αγαθό, και θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη, γιατί μέσα από αυτό, φαίνονται οι ελλείψεις, αλλά και ο σχεδιασμός που πρέπει να γίνει για να προετοιμαστεί καλύτερα η χώρα, ώστε να μπορέσει να ανταποκριθεί και να αντιμετωπίσει άμεσα και βέλτιστα τις τωρινές και μελλοντικές προκλήσεις από τις δημογραφικές μεταβολές και να μη βρεθεί ανέτοιμη, σε δυσχερέστερη θέση στο μέλλον.

Πολλά είναι αυτά που απαιτούνται να υλοποιηθούν, χρειάζεται σωστή πολιτική βούληση, σωστός στρατηγικός σχεδιασμός και χρηματοδότηση για την αντιμετώπιση και την προάσπιση της δημόσιας υγείας, που αναδεικνύει το δημογραφικό πρόβλημα της χώρας.

Η πολιτεία θα πρέπει να δει, να αναγνωρίσει και να αντιμετωπίσει τις νέες ανάγκες που προκύπτουν από το δημογραφικό πρόβλημα, να το προσεγγίσει σωστά και να το χρησιμοποιήσει ως «ασπίδα» της δημόσιας υγείας που αποτελεί κοινωνικό αγαθό και την δομήσει πάνω στα νέα δεδομένα της υπέργηρης κοινωνίας μας:



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

- Προαγωγή της υγιούς & ενεργούς γήρανσης.
- Πρόληψη των ασθενειών, μεγαλύτερη ανάπτυξη- αξιοποίηση της ΠΦΥ.
- Ανάπτυξη δομών υγείας ηλικιωμένων και υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας.
- Αναβάθμιση των υποδομών, πρόσβασης, φροντίδας & νοσοκομειακής κάλυψης & ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.
- Χρηματοδότηση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.
- Εκπαίδευση ιατρών, νοσηλευτών στην Γεροντολογία-Γηριατρική & ανάδειξη αυτής της ειδικότητας.
- Ενίσχυση της οικογένειας.
- Οικονομική ενίσχυση των δομών κέντρων υποβοήθησης αναπαραγωγής-γονιμότητας.
- Κάλυψη των αναγκών υγείας σε ευαίσθητες κοινωνικά πληθυσμιακές ομάδες.
- Ανάπτυξη στρατηγικών πολιτικών δημόσιας υγείας με ολοκληρωμένα προγράμματα και δράσεις, πρόληψης και προαγωγής υγείας τόσο για την αντιμετώπιση των χρόνιων ασθενειών όσο και για τον έλεγχο των προδιαθεσικών παραγόντων και κινδύνων, κ.ά.



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ -ΟΡΙΣΜΟΣ - ΕΠΙΠΕΔΑ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το σύστημα υγείας ορίζεται ως « οι ενσυνείδητες προσπάθειες, των οποίων ο πρωταρχικός σκοπός είναι η προαγωγή, η αποκατάσταση και η διατήρηση της υγείας ».

Σε κάθε σύστημα υγείας, τα επίπεδα υπηρεσιών υγείας ταξινομούνται σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο , σύμφωνα με τον ΠΟΥ.

Το πρωτοβάθμιο επίπεδο περιλαμβάνει τις υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Οι υπηρεσίες που προσφέρονται αφορούν τόσο τον υγιή όσο και τον άρρωστο πληθυσμό, που αποσκοπούν στην θεραπεία, την πρόληψη, τη φροντίδα για κάθε περίπτωση που δεν απαιτείται η νοσηλεία στο νοσοκομείο. Περιλαμβάνεται και η αυτοφροντίδα δηλαδή η ανθρώπινη δραστηριότητα που αποσκοπεί στην κάλυψη των αναγκών υγείας χωρίς τη συνδρομή των υπηρεσιών υγείας. Η προσπάθεια που ακολουθεί κάποιος για να φροντίσει την υγεία του και να προλάβει ή να θεραπεύσει τις αρρώστιες του, από μόνος του ή με την συνδρομή του άμεσου περιβάλλοντός του.

Το δευτεροβάθμιο επίπεδο περιλαμβάνει την περίθαλψη, που παρέχεται σε τοπικά, μικρού ή μεσαίου μεγέθους, νοσοκομεία, με τις βασικές ιατρικές ειδικότητες (Παθολόγων, Χειρουργών, Παιδιάτρων, Μαιευτήρων- Γυναικολόγων) και βασικά εργαστήρια (Μικροβιολογικό -βιοχημικό, ακτινολογικό-διαγνωστικό, αιμοδυναμικό και αιμοδοσίας). Κάθε δευτεροβάθμιο νοσοκομείο καλύπτει πληθυσμό από 50.000 έως 500.000 άτομα.

Το τριτοβάθμιο επίπεδο περιλαμβάνει την περίθαλψη, που παρέχεται από μεγάλα γενικά νοσοκομεία. Σε αυτά, υπάρχουν όλες οι ιατρικές ειδικότητες, και έχουν τη δυνατότητα να καλύψουν κάθε σπάνια ή εξειδικευμένη ανάγκη, και δύναται να



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

καλύψει την αντιμετώπιση οποιουδήποτε θεραπευτικού προβλήματος. Γι αυτό και τριτοβάθμια νοσοκομεία είναι συνήθως τα Περιφερειακά Νοσοκομεία, που καλύπτουν τον πληθυσμό μιας περιφέρειας στο σύνολό του. Εκεί υπάγονται και τα Πανεπιστημιακά νοσοκομεία, που αναπτύσσουν εξειδικευμένη εκπαιδευτική και ερευνητική δραστηριότητα, καθώς και οι ειδικές μονάδες, καρδιοχειρουργικά κέντρα, κέντρα μαστού, κλπ.)

Η σωστή οργάνωση ενός συστήματος υγείας προϋποθέτει τη λειτουργική διασύνδεση μεταξύ των τριών επιπέδων. Αυτή επιτρέπει την καλύτερη δυνατή επιστημονική διαχείριση του αρρώστου, αυξάνοντας την ικανοποίησή του, περιορίζοντας παράλληλα το χρόνο και τις δαπάνες περίθαλψης. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η ύπαρξη συστήματος παραπομπής για εισαγωγή στο νοσοκομείο. Σε πολλά συστήματα υγείας τον έλεγχο για την παραπομπή στο νοσοκομείο ασκεί ο οικογενειακός ιατρός που λειτουργεί ως φίλτρο του συστήματος (Gatekeepers) (ΣΑΡΑΦΗΣ Π., ΜΠΑΜΙΔΗΣ Π., 2020)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ. ΤΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΕΝΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

Τα συστήματα κοινωνικής προστασίας αφορούν τους εξής τομείς :

- υγεία-περίθαλψη,
- οικογένεια-παιδιά,
- γήρας-επιζώντες,
- αναπηρία-ανικανότητα
- ανεργία-απασχόληση και
- στέγαση -κατοικία.

Τα εργαλεία ενός συστήματος κοινωνικής προστασίας ή διαφορετικά οι θεσμικοί πυλώνες για να επιτύχει τους στόχους του αφορούν

- στην Κοινωνική Ασφάλιση,
- στην Κοινωνική Πρόνοια και
- στην Προστασία της Υγείας.

Η Κοινωνική Ασφάλιση έχει ως κυρίαρχα στοιχεία τα ασφαλιστικά ταμεία, τους ασφαλισμένους και τους εργοδότες. Η λειτουργία της εντοπίζεται στην απόδοση παροχών είτε σε χρήματα είτε σε είδος από τα ασφαλιστικά ταμεία στους ασφαλισμένους ή στα προστατευόμενα μέλη αυτών όταν πληγούν από κάποιο κοινωνικό κίνδυνο π.χ. εργατικό ατύχημα ή γήρας. Ο στόχος είναι να προστατευτούν από τον κίνδυνο της μείωσης του εισοδήματός τους ή του βιοτικού τους επιπέδου αφού



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

όμως διαπιστωθεί ότι πληρούν κάποιες χρονικές και οικονομικές προϋποθέσεις π.χ. ότι έχουν συμπληρώσει συγκεκριμένο όριο ηλικίας αλλά και ετών εργασίας για να πάρουν σύνταξη ή ότι έχουν πληρώσει τις εισφορές τους. Η Κοινωνική Ασφάλιση χαρακτηρίζεται και ως ένα οργανωμένο σύστημα αυτοβοήθειας απέναντι σε κάποιους κινδύνους, στα πλαίσια μίας κοινωνίας. Γιατί για να έχει ο ασφαλισμένος πρόσβαση, αυτός και τα προστατευόμενα μέλη του, στα ευεργετήματα της Κοινωνικής Ασφάλισης εκτός των άλλων, θα πρέπει να έχει πληρώσει τις εισφορές του, όπως αυτές καθορίζονται ανάλογα με το είδος της εργασίας που αναλαμβάνει και το ύψος του εισοδήματός του. Τα χρήματα προέρχονται εκτός από τις εισφορές που καταβάλλουν οι εργαζόμενοι και από τους εργοδότες ή το Κράτος, όταν αυτό είναι ο εργοδότης. Αντίθετα, η ιδιωτική ασφάλιση, η οποία είναι ταυτόσημη με το κέρδος, δεν καλύπτει όλους τους κοινωνικούς κινδύνους.

Η Κοινωνική Πρόνοια σχετίζεται με την παροχή μη ανταποδοτικών παροχών σε είδος ή σε χρήμα από φορείς ή οργανισμούς πρόνοιας οι οποίοι μέσω κριτηρίων διαπιστώνουν ποιοι από τους πολίτες αδυνατούν να καλύψουν τις κοινωνικές τους ανάγκες ή να προστατευτούν από τους κοινωνικούς κινδύνους. Με λίγα λόγια οι παροχές πρόνοιας έχουν στόχο την παροχή βοήθειας σε πολίτες οι οποίοι βρίσκονται σε δυσμενή οικονομικά θέση, ή η επιβίωσή τους απειλείται και βρίσκονται στο όριο ή ήδη είναι κοινωνικά αποκλεισμένοι (π.χ. ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα και ιατροφαρμακευτική κάλυψη ανασφαλιστών). Η Κοινωνική Πρόνοια αποτελεί μια ξεκάθαρη δήλωση όσον αφορά στο βαθμό ανακατανομής εισοδήματος που επιτυγχάνει η εκάστοτε κοινωνία και αυτό γιατί αντικατοπτρίζει τους πόρους που μεταφέρονται από τους έχοντες στους μη έχοντες με ταμείο το Κράτος και μηχανισμό τη συλλογή άμεσων και έμμεσων φόρων. (ΣΑΡΑΦΗΣ Π., ΜΠΑΜΙΔΗΣ Π., 2020)



Ελλάς: Ποσοστιαία (%)κατανομή των δαπανών κοινωνικής προστασίας του συστήματος ESSPROS ¹ , 2011-2022												
ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Sickness Ασθένεια	23.1	21.9	20.8	18.4	19.1	20.2	20.4	20.3	21.2	21.0	22.2	22.9
Disability Αναπηρία	6.5	6.4	6.4	6.4	4.3	4.3	4.2	4.0	4.3	3.9	3.9	3.8
Old age γήρας	6.5	6.4	6.4	6.4	4.3	4.3	54.7	54.1	53.7	53.3	52.2	51.8
Survivors (2) Χηρεία	50.5	53.4	53.2	55.2	57.7	56.4	10.0	9.5	9.4	9.6	9.9	9.9
Family/ children οικογένεια /τέκνα	9.4	9.6	9.8	10.0	10.8	10.6	5.7	6.6	5.4	4.8	5.3	5.6
Unemployment Ανεργία	3.9	3.5	4.4	4.5	4.1	4.0			0.8	0.7	0.8	0.8
Housing Στέγαση	6.3	5.0	5.2	4.2	3.6	3.7	1.6	1.5	2.0	1.7	1.6	1.7
Social exclusion(3) κοινωνικός αποκλεισμός							0.2	0.2	0.3	1.3	0.5	0.8

(Πίνακας 1),Πηγή : (Διεύθυνση Τομεακών Στατιστικών, 2025)

Πηγή: Διεύθυνση Τομεακών Στατιστικών ΕΛΣΤΑΤ.

... = Μη διαθέσιμα στοιχεία.

(1) ESSPROS: Ευρωπαϊκό Σύστημα Ολοκληρωμένων Στατιστικών Κοινωνικής Προστασίας. Σύστημα καταγραφής εσόδων και δαπανών κοινωνικής προστασίας, στις οποίες περιλαμβάνονται όλες οι παροχές που δίνονται από υπηρεσίες και κυβερνητικούς ή μη κυβερνητικούς οργανισμούς προς φυσικά πρόσωπα και κοινωνικές ομάδες.



(2) Περιλαμβάνονται τα άτομα που δεν έχουν συμπληρώσει τη νόμιμη ηλικία συνταξιοδότησης, αλλά έχουν χάσει τον σύζυγο ή κάποιον στενό συγγενή τους που τους εξασφάλιζε τα προς το ζην. Περιλαμβάνονται, επίσης, τα άτομα που λαμβάνουν αποζημίωση για έξοδα κηδείας και για οποιαδήποτε δυσχερή κατάσταση στην οποία βρίσκονται εξαιτίας του θανάτου μέλους της οικογένειάς τους.

(3) Περιλαμβάνονται άποροι, μετανάστες, πρόσφυγες, τοξικομανείς ή αλκοολικοί, θύματα εγκληματικών πράξεων κ.λπ.

(ΕΛΣΤΑΤ, LIVING CONDITIONS_0725.pdf, 2025)

Η Προστασία της Υγείας, επιτυγχάνεται από το σύνολο των μέτρων και των μηχανισμών που υιοθετεί το Κράτος για να παρέχει υπηρεσίες υγείας στους πολίτες με στόχο τη διατήρηση ή και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας τους. Η παροχή γίνεται πράξη μέσω δημόσιων (Νοσοκομεία, ΤΟΜΥ, Κέντρα Υγείας, κλπ.) και ιδιωτικών παρόχων (Ιδιωτικά Θεραπευτήρια, Διαγνωστικά Κέντρα, Ιδιώτες Ιατροί, κλπ.). Ενώ η χρηματοδότηση προέρχεται για την προστασία της υγείας από τη γενική φορολογία (κρατικός προϋπολογισμός), τις ασφαλιστικές εισφορές (ΕΟΠΠΥ) και τους ιδιωτικούς πόρους (ιδιωτικές δαπάνες υγείας πολιτών είτε απευθείας είτε μέσω ασφαλιστηρίων ιδιωτικών εταιρειών). Το 2017, για την Ελλάδα το 27% των συνολικών δαπανών για την υγεία προήλθαν από τη γενική φορολογία, το 33% από τα ασφαλιστικά ταμεία, το 35% από τα νοικοκυριά /ιδιώτες (out of pocket payments ή οι λεγόμενες ιδιωτικές απευθείας πληρωμές) και το 4% από την ιδιωτική ασφάλιση. (Πηγή: OECD, 2019). (" Ελλάδα : Προφίλ Υγείας 2019 " OECD, ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ (ΟΟΣΑ), 2019).

Η Κοινωνική Πολιτική έχει συγκεκριμένες δράσεις και προγράμματα που τακτοποιούν θέματα που άπτονται της κοινωνικής δικαιοσύνης, των κοινωνικών δικαιωμάτων αλλά και των ζητημάτων που αφορούν στην αναδιανομή των πόρων και στην Κοινωνική Προστασία. (ΣΑΡΑΦΗΣ Π., ΜΠΑΜΙΔΗΣ Π., 2020).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟ

Το Ελληνικό Υπουργείο Κοινωνικής Συνοχής και Οικογένειας, ανακοίνωσε το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Δημογραφικό. Συνιστά την «ενιαία ανάπτυξη στρατηγικής, για τη δεκαετία 2025-2035, το καθορισμό των στόχων, τη διαμόρφωση των πολιτικών, και την εφαρμογή των κατάλληλων μέτρων και δράσεων, ώστε να μετριαστούν οι συνέπειες των δυσμενών δημογραφικών εξελίξεων στη δημοσιονομική βιωσιμότητα, τη μακροπρόθεσμη ανταγωνιστικότητα, την ευημερία και την κοινωνική συνοχή. Αποσκοπεί στη διαχείριση των δημογραφικών επιπτώσεων. Οι άξονες στόχευσής του αφορούν: την ενίσχυση γεννήσεων και τη στήριξη της οικογένειας, την ενίσχυση της απασχόλησης, τη διαχείριση της μακροζωίας-γήρανσης, την τοπική ανάπτυξη-προώθηση της καινοτομίας και την ενημέρωση -ευαισθητοποίηση-έρευνα» . (Ιστοσελίδα του Υπουργείου Κοινωνικής Συνοχής και Οικογένειας, 2025)

«Σκοπός του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για το Δημογραφικό είναι η ανάπτυξη της στρατηγικής, ο καθορισμός των στόχων, η διαμόρφωση των πολιτικών, και η εφαρμογή των κατάλληλων μέτρων, ώστε να μετριαστούν οι συνέπειες των δυσμενών δημογραφικών εξελίξεων στη δημοσιονομική βιωσιμότητα, τη μακροπρόθεσμη ανταγωνιστικότητα, την ευημερία και την κοινωνική συνοχή. Το ΕΣΔΔ με ορίζοντα δεκαετίας, έως το 2035, δεν περιορίζεται απλά στην προσπάθεια ανάκαμψης των γεννήσεων, αλλά προσβλέπει στη συνολική διαχείριση των επιπτώσεων της αλλαγής που έχει επέλθει στην ηλικιακή δομή του πληθυσμού.

Το ΕΣΔΔ αποτελεί προϊόν διαβούλευσης, στην οποία συμμετείχαν εκπρόσωποι όλων των Υπουργείων, στελέχη της Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΕΝΠΕ και ΚΕΔΕ), επαγγελματικοί φορείς, ΜΚΟ, κόμματα, εταιρείες, εκπρόσωποι κοινωνικών ομάδων και πολίτες. Με τη βοήθεια του Υπ. Ψηφιακής Διακυβέρνησης δημιουργήθηκε πλατφόρμα στην οποία καταγράφηκαν τα μέτρα με δημογραφικό αντίκτυπο που



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

υλοποιεί κάθε Υπουργείο. Έτσι προέκυψε η αποτύπωση των υφιστάμενων μέτρων δημογραφικής πολιτικής.

Οργανώθηκαν ενημερωτικές εκδηλώσεις και συναντήσεις εργασίας με διαφορετικούς φορείς της κοινωνίας για την ανταλλαγή απόψεων και προτάσεων.

Ομάδα του ΥΚΟΙΣΟ (Υπουργείο Κοινωνικής Συνοχής και Οικογένειας) με τη βοήθεια στελεχών της ΜΕΚΥ (Μονάδα Εμπειρογνομόνων Απασχόλησης, Κοινωνικής Ασφάλισης, Πρόνοιας και Κοινωνικών Υποθέσεων) επεξεργάστηκε το σύνολο της πληροφορίας, εκτίμησε, αξιολόγησε και κοστολόγησε εναλλακτικά προτεινόμενα μέτρα, τα οποία συζητήθηκαν σε διμερείς διυπουργικές συναντήσεις με στόχο την προτεραιοποίησή τους. Έτσι προέκυψε ένα ενιαίο στρατηγικό σχέδιο, με ορίζοντα υλοποίησης τη δεκαετία 2025-2035 και σκοπό τη διαχείριση των δημογραφικών επιπτώσεων. Αποτελείται από πέντε άξονες -είκοσι στόχους -εκατό + δράσεις με ορίζοντα υλοποίησης 2025-2035

Το ΕΣΔΔ οργανώνεται σε τρία επίπεδα: άξονες – στόχους – δράσεις.

Οι πέντε (5) άξονες στόχευσης αφορούν :

Α' άξονας: Ενίσχυση Γεννήσεων – Στήριξη Οικογένειας

Β' άξονας: Ενίσχυση Απασχόλησης

Γ' άξονας: Διαχείριση της Μακροζωίας – Γήρανσης

Δ' άξονας: Τοπική Ανάπτυξη – Προώθηση Καινοτομίας

Ε' άξονας: Ενημέρωση – Ευαισθητοποίηση – Έρευνα ».

(Ιστοσελίδα του Υπουργείου Κοινωνικής Συνοχής και Οικογένειας, 2025).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το δημογραφικό πρόβλημα στην Ελλάδα αποτελεί δομικό παράγοντα για την προάσπιση της δημόσιας υγείας. Για τις δημογραφικές αλλαγές που συμβαίνουν τώρα και που πρόκειται να συμβούν στο μέλλον, στον πληθυσμό και στην υγεία του, λόγω της αύξησης του προσδόκιμου ζωής και της γήρανσης, τα γηραιότερα άτομα θα είναι περισσότεροι των νέων, θα χρειαστεί να αναβαθμιστούν διαφορετικά οι υποδομές, πρόσβασης, φροντίδας και νοσοκομειακής κάλυψης μακροχρόνιας φροντίδας, οίκοι ευγηρίας και κέντρα φροντίδας ηλικιωμένων, κλπ. Να εξοπλιστούν με ανάλογο εξειδικευμένο προσωπικό ιατρών, νοσηλευτών, φυσιοθεραπευτών κ.ά. για να μπορούν προσφέρουν την κατάλληλη ποιοτική υγειονομική φροντίδα που χρειάζονται οι ηλικιωμένοι. Οι κοινωνικές ανισότητες πρέπει να σβήσουν και να μην υφίστανται και η πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας θα πρέπει να είναι καθολική και ισότιμη.

Η οικογένεια υποχρεούται να προστατέψει τα ευαίσθητα ηλικιωμένα μέλη της, δίνοντας η ίδια απλόχερα την αγάπη και τη φροντίδα με τη συμπαράστασή της, ενώ σε καταστάσεις που δεν υπάρχει η δυνατότητα αυτή, της υποστήριξης, προστασίας και κάλυψης των αναγκών των ατόμων αυτών, από τις οικογένειές τους, αντικαθίστανται από τις υπηρεσίες των δομών της εξειδικευμένης στέγασης και Μακροχρόνιας Φροντίδας.

Η απάντηση στη γήρανση του πληθυσμού και την υγεία είναι η προαγωγή της υγιούς γήρανσης κατά τη διάρκεια της ζωής. Θα χρειαστεί να έχουμε ένα σύστημα υγείας τέτοιο που θα επιτρέπει να φθάσει ο πληθυσμός σε καλή κατάσταση υγείας πριν από τα 60 έτη, αλλά και μετά τα 65 έτη, να μην είναι σε κατάσταση κατάρρευσης με



χρόνιες ασθένειες και ανικανότητες, οι οποίες θα κοστίσουν περισσότερο στο σύστημα υγείας. Γιατί η γήρανση του πληθυσμού επιφέρει υψηλές απαιτήσεις στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και ποιότητα στις υπηρεσίες που θα λαμβάνει.

Οι επαγγελματίες ιατροί που μπορούν να παρέχουν ολοκληρωμένη φροντίδα –ειδικά για τους πιο ηλικιωμένους όπως εξειδικευμένοι ιατροί στην γηριατρική και γεροντολογία, ιατρών που κατανοούν τις αρχές της φροντίδας ηλικιωμένων θα πρέπει να αναδειχθούν και να αναγνωριστεί η σημασία της εξειδίκευσης στην γηριατρική και γεροντολογία.

Αντί να θεωρούμε τη γήρανση του πληθυσμού ως αρνητικό κοινωνικό φαινόμενο, θα πρέπει να δημιουργήσουμε μια κοινωνία όπου οι ηλικιωμένοι θα μπορούν να απολαμβάνουν μια υγιή ζωή γεμάτη από ευημερία μέσω της συμμετοχής και προσφοράς στην κοινωνία ως ισότιμα μέλη.

Προκειμένου οι ηλικιωμένοι να ασχοληθούν με διάφορες κοινωνικές δραστηριότητες, θα πρέπει να σχεδιαστούν και να υλοποιηθούν στρατηγικές για την ανάπτυξη μιας κοινωνικής δομής για επανεκπαίδευση, διάφορες καταστάσεις απασχόλησης και δυνατότητες εργασίας.

Η κοινωνία οφείλει να αναγνωρίζει τους μεγαλύτερους σε ηλικία, να τους φέρεται με σεβασμό, να τους ευγνωμονεί, για όσα με τη δική τους συμβολή και προσπάθεια έχουν προσφέρει και ακόμη συνεχίζουν να προσφέρουν, να τους τιμά και να τους εκτιμά για τις αντίξοες συνθήκες που έχουν βιώσει και έχουν καταφέρει να ξεπεράσουν. Να τους δίνεται η δυνατότητα για τη συνέχιση της εργασιακής τους ζωής ώστε να μεταβιβάζεται η εργασιακή πείρα στις νεότερες γενιές των εργαζομένων, και να εξακολουθήσουν να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνία ως ισότιμα μέλη της, και να ζουν όσο το δυνατόν πιο υγιείς, απολαμβάνοντας μια καλύτερη ποιότητα ζωής, όπως τους αξίζει.

Η αστικοποίηση και η συσσώρευση του πληθυσμού στα μεγάλα αστικά κέντρα θα οδηγήσουν σε διαφορετικού είδους πόλεις, οι οποίες θα πρέπει να αλλάξουν το



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

περιβάλλον τους και να γίνουν πιο φιλικές και υγιείς με αναπλάσεις και ρυθμίσεις ώστε να μπορεί να ζήσει και να δραστηριοποιείται υγιώς ο γηρασμένος πληθυσμός της, για να είναι υγιής και ενεργός.

Η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), ανά δέκα χρόνια, πραγματοποιεί την Απογραφή Πληθυσμού-Κατοικιών το 2021, και συγκεντρώνει στοιχεία για τα δημογραφικά, και κοινωνικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού της Ελλάδας, καθώς και για τη σύνθεση των νοικοκυριών και τις συνθήκες στέγασής τους. Η απογραφή είναι η πιο αξιόπιστη, διαχρονική, πολυσχιδής μελέτη και μεγάλου φάσματος στατιστικής έρευνας, καλύπτοντας όλη την κατοικημένη επικράτεια της χώρας (ηπειρωτική, νησιωτική, παραμεθόριες περιοχές). Η συμβολή της απογραφής, είναι σημαντική γιατί τα αξιόπιστα δεδομένα της για την Ελλάδα, συγκρίνονται με στοιχεία άλλων χωρών σε διεθνές επίπεδο. Τα αποτελέσματά της και τα αξιόπιστα δεδομένα της οδηγούν σε σχεδιασμό και υλοποίηση των κατάλληλων, αποτελεσματικών, οικονομικών και κοινωνικών πολιτικών, που είναι σύμφωνες με σειρά από διεθνείς υποχρεώσεις της χώρας.» (ΕΛΣΤΑΤ,2021)

Το έλλειμμα γεννήσεων και θανάτων, στην Ελλάδα, ότι και να γίνει την επόμενη 25ετία, θα συνεχίσει να είναι αρνητικό, δηλαδή θα είναι περισσότεροι οι θάνατοι από τις γεννήσεις, ακόμα κι έχουν γίνει οι σωστές προσπάθειες αποφυγής και έχουν ληφθεί αποτελεσματικά μέτρα για αυτό. Η υπογεννητικότητα και οι γεννήσεις στο μέλλον δεν μπορούν να αυξηθούν ιδιαίτερα ούτε να φτάσουν στα επίπεδα της δεκαετίας του 1990 ή του 2000 που είναι 100.000 γεννήσεις, γιατί το πλήθος των ατόμων που ενδέχεται να κάνει παιδιά μειώνεται τα επόμενα 25 χρόνια, δηλαδή οι γεννήσεις κάθε χρονιά είναι συνάρτηση δύο παραγόντων: πόσοι άνθρωποι είναι σε αναπαραγωγική ηλικία να κάνουν παιδιά και πόσα παιδιά αυτοί οι άνθρωποι κάνουν. Θα πρέπει να ενισχυθούν με χρηματοδότηση, τα κέντρα υποβοήθησης αναπαραγωγής ώστε να μπορέσουν οι νέοι που θέλουν να κάνουν παιδιά και έχουν πρόβλημα να βοηθηθούν, γιατί το κόστος είναι υπέρογκο και αβάσταχτο για την διενέργεια μιας εξωσωματικής γονιμοποίησης.



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

Οι ηλικιωμένοι πάνω από 65 ετών, στην Ελλάδα είναι περίπου 2,5-2,4 εκατομμύρια. Μέχρι το 2050, είναι η μόνη ηλικιακή ομάδα που θα αυξηθεί κατά 600.000, όλες οι υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, δηλαδή οι νέοι από 19-20 ετών και ο πληθυσμός εργάσιμης ηλικίας, θα μειωθεί. Η μόνη ομάδα που θα αυξηθεί, είναι η ηλικιακή 65 ετών και πάνω. Θα πρέπει να γίνουν οι κατάλληλες ενέργειες και να ληφθούν μέτρα που θα οδηγήσουν σε μια ισορροπία του πληθυσμού της Ελλάδας, γεννήσεων και θανάτων, όχι στο κοντινό 2030 αλλά, το 2050 και μετά. Αν δεν γίνουν από σήμερα κιόλας, ίσως να γίνουν ακόμη χειρότερα τότε τα πράγματα και να υπάρξουν δυσμενείς εξελίξεις οι οποίες θα έχουν επιπτώσεις σε πάρα πολλούς τομείς της κοινωνίας, στην υγεία, στην παιδεία, στην άμυνα, στην εργασία, κλπ.

Η δημογραφία και ο πληθυσμός που εξετάζει, είναι σημαντική παράμετρος που έχει βασικό ρόλο στην οικονομική, κοινωνική ανάπτυξη και εδαφική συνοχή της χώρας.

Η ενιαία ανάπτυξη στρατηγικής, για τη δεκαετία 2025-2035, ο καθορισμός των στόχων, η διαμόρφωση των πολιτικών, και η εφαρμογή των κατάλληλων μέτρων και δράσεων, μπορεί να βοηθήσει, ώστε να μετριαστούν οι συνέπειες των δυσμενών δημογραφικών εξελίξεων στη δημοσιονομική βιωσιμότητα, τη μακροπρόθεσμη ανταγωνιστικότητα, την ευημερία και την κοινωνική συνοχή, και στην καλύτερη διαχείριση των δημογραφικών επιπτώσεων. (Ιστοσελίδα του Υπουργείου Κοινωνικής Συνοχής και Οικογένειας, 2025).



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

- Αλεξάνδρα Τραγάκη, Χρήστος Μπάγκαβος, Δημήτρης Ντούνας, Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο ,Ηρώων Πολυτεχνείου 9, Αθήνα ,15780 Ζωγράφου www.kallipos.gr
- ΑΣΠΕ, Μελέτη της Ανώτατης Συνομοσπονδίας Πολυτέκνων Ελλάδας (ΑΣΠΕ) για το Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΙΤΑ),«Προτάσεις για τον σχεδιασμό πολιτικών υποστήριξης των οικογενειών με παιδιά από τους Δήμους », 01/09/2022, Αθήνα
- Βασίλειος Διαμαντόπουλος, «Σημειώσεις από το μάθημα: «Στρατηγικός Σχεδιασμός Δημόσιας και Ενιαίας Υγείας », του τμήματος ΔΕΥ του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, 2023, Καρδίτσα
- Βουλή των Ελλήνων-Γενική Διεύθυνση Κοινοβουλευτικού Έργου Διεύθυνση Ειδικών Μόνιμων Επιτροπών,2018, Περίοδος ΙΖ΄-Σύνοδος Δ΄ Προεδρία Νικολάου Βούτση, Έκθεση της διακομματικής κοινοβουλευτικής επιτροπής για το δημογραφικό, 2018, Αθήνα, <http://www.hellenicparliament.gr>
- Βύρων Κοτζαμάνης , «Δημογραφικές εξελίξεις και προκλήσεις» , Αθήνα, 2021
- Γεωργία Σκούφη, « Σημειώσεις από το μάθημα Υγιής Γήρανση, Μάθημα 1- Γήρανση του πληθυσμού -Δημογραφικά δεδομένα-Επιπτώσεις», του τμήματος ΔΕΥ του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, 2023,Καρδίτσα
- ΓΝΩΜΗ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑΣ Ο.Κ.Ε. ,«Το δημογραφικό πρόβλημα στην Ελλάδα, 2024, Η Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή της Ελλάδος (Ο.Κ.Ε.) ανέλαβε την έκδοση Γνώμης Πρωτοβουλίας με τίτλο «Το δημογραφικό πρόβλημα στην Ελλάδα», με βάση το άρθρο 4 του Νόμου 2232/1994, σύμφωνα με το οποίο «η



Ο.Κ.Ε. μπορεί με δική της πρωτοβουλία να εκφράζει γνώμη και για άλλα θέματα κοινωνικοοικονομικής πολιτικής».

- ΔιαΝΕΟσις (2016). «Το Δημογραφικό Πρόβλημα της Ελλάδας: Μια Έρευνα», 2016, Αθήνα
- Διονύσης Μπαλούρδος, «Δημογραφική Μετάβαση και Δημογραφικό Πρόβλημα της Ελλάδας: Θεωρητικοί και μεθοδολογικοί προβληματισμοί», Επιθ. Κοιν. Ερευνών, 94, 1997, 3-44
- ΕΛΣΤΑΤ, «Αποτελέσματα απογραφής 2021», Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2021, Αθήνα
- ΕΛΣΤΑΤ, Διεύθυνση Τομεακών Στατιστικών, Living Conditions _0725.pdf, ΥΓΕΙΑ (πιν.5)-Ποσοστιαία (%) κατανομή των δαπανών κοινωνικής προστασίας του συστήματος ESSPROS(2011 – 2022), Πρόσβαση στις 3/9/2025
- ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, «Στοιχεία Εκτιμώμενου Πληθυσμού (1.1.2024) και Μεταναστευτικών Ροών της Χώρας (2023)», 31/12/2024 Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail: data.dissem@statistics.gr, Πρόσβαση στις 9/9/2025.
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή «Ο αντίκτυπος της δημογραφικής αλλαγής σε ένα μεταβαλλόμενο περιβάλλον στην Ευρώπη», Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2023, Ευρωπαϊκή Ένωση
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή 15 Νοεμβρίου 2022, «Η Ε.Ε. στον κόσμο των 8 δισεκατομμυρίων ανθρώπων», Πύλη Δεδομένων του Κέντρου Γνώσης για τη Μετανάστευση και τη Δημογραφία (KCMD).
- «Ινστιτούτο Δημοκρατίας Κωνσταντίνος Καραμανλής» σε συνεργασία με το «Ίδρυμα Διεθνών Νομικών Μελετών» Καθηγητού Ηλία Κρίση & Δρ. Αναστασία Σαμαρά- Κρίση με τίτλο «Δημογραφικό πρόβλημα: μία πολύπλευρη πρόκληση», την 9/10/ 2019 στο Αμφιθέατρο του Υπουργείου Εξωτερικών «Γ. Κρανιδιώτης», Κείμενα από την Ημερίδα που διοργάνωσε το ΙΚΚ&ΙΔΝΜ, «ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

- ΠΡΟΒΛΗΜΑ, Μια πολύπλευρη πρόκληση»© Ινστιτούτο Δημοκρατίας Κωνσταντίνος Καραμανλής, 2019, Αθήνα
- IOBE, «Δημογραφικό πρόβλημα στην Ελλάδα: Προκλήσεις και προτάσεις πολιτικής», Copyright © 2022 Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών
 - Ιωάννης Π.Α. Ιωαννίδης , «Αρχές Αποδεικτικής Ιατρικής, Επιδημιολογία- Δημόσια Υγιεινή & Μέθοδοι Έρευνας», (ΣΕΛ.189,190), Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 2009, Αθήνα
 - Παύλος Σαράφης-Παναγιώτης Μπαμίδης, «Υπηρεσίες υγείας -Συστήματα & Πολιτικές», 2020, Broken Hills Publishers LTD, Nicosia ,Cyprus
 - ΣΕΑΒ, «Περί Δημογραφίας και Πληθυσμιακών Εξελίξεων», Copyright © ΣΕΑΒ, 2015
 - Συνέδριο που πραγματοποιήθηκε στην Κρήτη, Απόσπασμα ομιλίας Β. Κοτζαμάνης από την Ημερίδα με θέμα «Ελλάδα, Δημογραφικές Εξελίξεις- Προκλήσεις & Πολιτικές 2025-2050», Κρήτη, 2025

Ξενόγλωσση

World Health Organization (WHO), Ageing and Health, Factsheet, 4 October 2021, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_and_population_change_statistics

Ευρωπαϊκή Επιτροπή «Ο αντίκτυπος της δημογραφικής αλλαγής σε ένα μεταβαλλόμενο περιβάλλον στην Ευρώπη», Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης , 2023, Ευρωπαϊκή Ένωση

Ευρωπαϊκή Επιτροπή 15 Νοεμβρίου 2022, «Η Ε.Ε. στον κόσμο των 8 δισεκατομμυρίων ανθρώπων», Πύλη Δεδομένων του Κέντρου Γνώσης για τη Μετανάστευση και τη Δημογραφία (KCMD).



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, «Στοιχεία Εκτιμώμενου Πληθυσμού (1.1.2024) και Μεταναστευτικών Ροών της Χώρας (2023)», 31/12/2024 Τμήμα Στατιστικών Πληθυσμού και Μετανάστευσης, Χάλαρης Εμμανουήλ, e-mail: e.chalaris@statistics.gr, e-mail: data.dissem@statistics.gr, Πρόσβαση στις 9/9/2025

ΕΛΣΤΑΤ, LIVING CONDITIONS_0725. pdf, Πρόσβαση στις 3/9/2025

Hidenori Arai, Yasuyoshi Ouchi, Masayuki Yokode, Hideki Ito, Hiroshi Uematsu, Φούμιο Έτο, Σινίτσι Οσίμα, Κικούκο Ότα, Yasushi Saito, «Προς την υλοποίηση μιας κοινωνίας καλύτερης ηλικίας: Μηνύματα από τη γεροντολογία και τη γηριατρική»,

Πρώτη δημοσίευση: 21 Δεκεμβρίου 2011, <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2011.00776.x>

Lim WS, Wong SF, Leong I, Choo P, Pang WS. Σφυρηλάτηση ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης έτοιμου για αδυναμία για την αντιμετώπιση της γήρανσης του πληθυσμού. International Journal of Environmental Research and Public Health . 2017; 14(12):1448. <https://doi.org/10.3390/ijerph14121448>

Διαδικτύου

Ιστοσελίδα του Υπουργείου Κοινωνικής Συνοχής και Οικογένειας, Ελλάδα, πρόσβαση στις 9/9/2025 <https://www.minscfa.gov.gr>

https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_and_population_change_statistics

<http://www.demography-lab.prd.uth.gr>

<http://www.hellenicparliament.gr>

<https://www.kallipos.gr>

<https://www.minscfa.gov.gr>

<https://www.moh.gov.gr>

<https://www.oecd.org>

<http://www.unric.org>. & greece@unric.org: <http://www.unric.org>

<https://www.researchgate.net/profile/Byron-Kotzamanis> bkotz@uth.gr

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1, 1998



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC
AND ONE HEALTH

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY