



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ

**Διερεύνηση των ανικανοποίητων αναγκών για
ιατρικές υπηρεσίες στην χώρα μας**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Εισηγητής: Θεοδώρα Κολλιοπούλου, 1574

Επιβλέπων: Ιωάννης Φανουργιάκης, Επίκουρος Καθηγητής

©
2023



HELLENIC MEDITERRANEAN UNIVERSITY

**SCHOOL OF MANAGEMENT AND ECONOMICS
SCIENCE**

**DEPARTMENT OF MANAGMENT SCIENCE AND
TECHNOLOGY**

**Investigation of the unmet health care needs in
our Greece**

DIPLOMA THESIS

Student : Theodora Kolliopoulou, 1574

Supervisor : John Fanourgiakis, Assistant Professor

©
2023

Υπεύθυνη Δήλωση : Βεβαιώνω ότι είμαι συγγραφέας αυτής της πτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην πτυχιακή εργασία. Επίσης έχω αναφέρει τις όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε αυτές αναφέρονται ακριβώς είτε παραφρασμένες. Επίσης βεβαιώνω ότι αυτή η πτυχιακή εργασία προετοιμάστηκε από εμένα προσωπικά ειδικά για τις απαιτήσεις του προγράμματος σπουδών του Τμήματος Διοικητικής Επιστήμης και Τεχνολογίας του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι αυτοαναφερόμενες ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρικές υπηρεσίες αφορούν την εκτίμηση του ίδιου του ατόμου για το εάν χρειάζεται ιατρική υπηρεσία αλλά δεν την έλαβε ή δεν την αναζήτησε. Ως δείκτης αναδεικνύει προβλήματα διαθεσιμότητας, προσβασιμότητας αλλά και αποδοχής των υπηρεσιών υγείας. Η παρούσα μελέτη στοχεύει στη διερεύνηση των ανικανοποίητων αναγκών για ιατρικές υπηρεσίες στη χώρα μας και στον εντοπισμό των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων και των παραγόντων που αφορούν την κατάσταση υγείας του ατόμου που σχετίζονται με την εμφάνιση ανικανοποίητων αναγκών. Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης δημιουργήθηκε και διαμοιράστηκε ερωτηματολόγιο σε τυχαίο δείγμα του πληθυσμού το οποίο συμπλήρωσαν 445 άτομα. Τα ερωτήματα που αφορούσαν τη διερεύνηση των ανικανοποίητων αναγκών πραγματοποιήθηκαν με το εργαλείο European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC). Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι το 38,9% των πολιτών του δείγματος δήλωσε ότι εμφάνισαν ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρικές υπηρεσίες. Τα άτομα με χαμηλό εισόδημα, κακή κατάσταση υγείας και τα άτομα που πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν ανικανοποίητη ανάγκη. Η Ελλάδα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της Eurostat, συγκριτικά με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), βρίσκεται ανάμεσα στις χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά ανικανοποίητων αναγκών. Η συγκεκριμένη μελέτη παρουσιάζει υψηλότερα ποσοστά ανικανοποίητων αναγκών. Είναι σημαντικό να υπάρξουν άμεσα πολιτικές για την αποφυγή τους και ισότιμη πρόσβαση των πολιτών σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας.

Λέξεις Κλειδιά : Ανισότητες, Ανικανοποίητες Ανάγκες, European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC), Προσβασιμότητα, Ελλάδα.

ABSTRACT

Self-reported unmet needs for healthcare services refers to a person's own assessment of whether they need a healthcare service or seek it. As an indicator, it highlights problems of availability, accessibility and acceptance of healthcare services. The present study aims to investigate the unmet needs for healthcare services in our country and to identify the socio-economic factors and the factors concerning the individual's health status related to the occurrence of unmet needs. For the needs of this study, a questionnaire was created and distributed to a random sample of the population, which was completed by 445 people. The questions related to the investigation of unmet needs were based on the European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) tool. The results show that 38,9% of citizens in the sample stated that they had unmet needs for healthcare services. People with low income, poor health and people suffering from chronic diseases are more likely to experience unmet need. Greece, according to the results of Eurostat, compare to other countries of the European Union (EU), is among the countries with the highest rates of unmet needs. This study shows higher percentages of unmet needs. It is important that there are immediate policies to avoid them and equal access of citizens to quality health services.

Key Words : Inequalities, Unmet needs, European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC), Accessibility, Greece.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ	5
ΛΙΣΤΑ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	6
ΛΙΣΤΑ ΕΙΚΟΝΩΝ	7
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	11
1.1 Η έννοια της υγείας	11
1.2 Νομικό πλαίσιο του δικαιώματος υγείας στην χώρα μας.....	12
1.3 Ανισότητες στην υγεία	15
1.4 Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός.....	16
1.5 Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ) και κατάσταση υγείας	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	24
ΔΑΠΑΝΕΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ	24
2.1 Υγειονομική και οικονομική ανάπτυξη.....	24
2.2 Εξέλιξη των δαπανών στον τομέα υγείας στην Ελλάδα και την ΕΕ.....	24
2.3 COVID-19 και συστήματα υγείας	26
2.4 Μακροοικονομικά μεγέθη της Ελληνικής οικονομίας	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	29
ΑΝΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΓΙΑ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ.....	29
3.1 Η έννοια της ανάγκης στην υγεία	29
3.2 Η ανάγκη για υγειονομική περίθαλψη	29
3.3 Ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρικές υπηρεσίες.....	31
3.4 Διαχρονική εξέλιξη των ανικανοποίητες αναγκών για ιατρικές υπηρεσίες στην ΕΕ	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	34
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	34
4.1 Σχεδιασμός της μελέτης	34
4.2 Περιγραφή ερωτηματολογίου	34
4.3 Στατιστική Ανάλυση.....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	37
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	37
5.1 Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	37

5.2 Κατάσταση υγείας του δείγματος.....	39
5.3 Ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρικές υπηρεσίες.....	40
5.5 Ανικανοποίητες Ανάγκες και επιδείνωση της υγείας	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	52
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	55
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	55
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	57
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Ερωτηματολόγιο	66

ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Απόλυτες και σχετικές συχνότητες των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών του δείγματος (N=445)	38
Πίνακας 2: Απόλυτες και Σχετικές Συχνότητες της κατάστασης υγείας του δείγματος (N=445).....	39
Πίνακας 3: Απόλυτες και Σχετικές Συχνότητες των Δημογραφικών και Κοινωνικών Χαρακτηριστικών του δείγματος (N=445) που αναφέρουν την ύπαρξη ή όχι ανικανοποίητων αναγκών για ιατρικές υπηρεσίες.....	43
Πίνακας 4: Σχετικές και απόλυτες συχνότητες σύμφωνα των χαρακτηριστικών του δείγματος (N=173) που αναφέρουν ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρικές υπηρεσίες σε σχέση με τους λόγους που δεν έλαβαν ιατρική εξέταση ή θεραπεία τους τελευταίους 12 μήνες.....	45
Πίνακας 5: Συσχετίσεις (Correlations) με τη χρήση του συντελεστή Pearson στο δείγμα (N=173) μεταξύ της ύπαρξης ανικανοποίητης ανάγκης και των χαρακτηριστικών των ερωτηθέντων	48
Πίνακας 6: Binary Logistic Regression για την εκτίμηση της πιθανότητας εμφάνισης ανικανοποίητων αναγκών με βάση τα χαρακτηριστικά του δείγματος	49
Πίνακας 7: Binary Logistic Regression για την εκτίμηση της πιθανότητας εμφάνισης ανικανοποίητων αναγκών με βάση τις υποκατηγορίες των χαρακτηριστικών του δείγματος	50

ΛΙΣΤΑ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1: Ποσοστό % ανά χώρα του κινδύνου εμφάνισης φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού για το έτος 2021	18
Γράφημα 2: Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, συνολικά σε έτη, 2011-2020.....	22
Γράφημα 3: Συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό % του ΑΕΠ, σε χώρες της ΕΕ για τα έτη 2019-2020	25
Γράφημα 4: Συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό % του ΑΕΠ, σε 20 χώρες της ΕΕ, για τα έτη 2015-2021	26
Γράφημα 5: Ρυθμός πληθωρισμού βάσει του Εναρμονισμένου Δείκτη Τιμών Καταναλωτή (ΕνΔΤΚ-ΗΙCΡ) στην ΕΕ και την Ελλάδα, τα έτη 2012-2022	27
Γράφημα 6: Δημόσιο χρέος ως ποσοστό % του ΑΕΠ, το 4ο τρίμηνο του 2022	28
Γράφημα 7: Ποσοστό ανικανοποίητων αναγκών στην ΕΕ το 2021, ανάλογα τον λόγο εμφάνισής τους	32
Γράφημα 8: Διαχρονική εξέλιξη των ανικανοποίητων αναγκών στην ΕΕ και την Ελλάδα για το διάστημα 2008-2021	33
Γράφημα 9: Αριθμός των χρόνιων νοσημάτων στο δείγμα των πασχόντων (N=142) και το ποσοστό που καταλαμβάνουν	40
Γράφημα 10: Ποσοστό ερωτηθέντων του δείγματος (N=445) που αναφέρουν χρόνια νόσημα*	40
Γράφημα 11: Απαντήσεις δείγματος (N=445) για την ύπαρξη ή όχι ανικανοποίητων αναγκών που σχετίζονται με την υγεία, τους τελευταίους 12 μήνες	41
Γράφημα 12: Απαντήσεις δείγματος (N=173) για τους λόγους που δεν έλαβαν ιατρική εξέταση ή θεραπεία τους τελευταίους 12 μήνες	42
Γράφημα 13: Απαντήσεις δείγματος (N=173) με αυτοαναφερόμενες ανικανοποίητες ανάγκες σχετικά με την επιδείνωση της υγείας τους	51

ΛΙΣΤΑ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1: Πλήθος ατόμων σε κίνδυνο φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού για το έτος 2021.....	19
Εικόνα 2: Ανάγκη για υγειονομική περίθαλψη, ζήτηση και προσφορά. Επιρροές και επικαλύψεις.....	30

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

AROE	At risk of poverty or social exclusion
ECHI	European Core Health Indicators
Eurostat	Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία
GDP	Gross Domestic Product
HICP	Harmonized Index of Consumer Prices
WB	The World Bank
WHO	World Health Organization
SPSS	Statistical Package for Social Science
EU-SILC	European Union Statistics on Income and Living Conditions

ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕνΔΤΚ	Εναρμονισμένος Δείκτης Τιμών Καταναλωτή
ΟΗΕ	Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΣτΕ	Συμβούλιο της Επικρατείας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πρόσβαση σε ποιοτικές ιατρικές υπηρεσίες είναι αδιαμφισβήτητο δικαίωμα όλων των πολιτών και υποχρέωση της πολιτείας να την εξασφαλίσει. Οι ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρικές υπηρεσίες έχουν αναγνωριστεί ως κρίσιμος δείκτης προβλημάτων πρόσβασης σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης όταν και όπου απαιτούνται. Αλλά οι ανικανοποίητες ανάγκες μπορούν επίσης να προκύψουν και από μεμονωμένα προβλήματα προσβασιμότητας, όπως το κόστος και τη μεταφορά, ή από προβλήματα αποδοχής, όπως η στάση και η γνώση σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη. Επομένως, για να αξιολογηθούν οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης, είναι σημαντικό να κατανοήσουμε τα εμπόδια που συνδέονται με αυτές.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι η εμφάνιση ανικανοποίητων αναγκών συνδέεται με δημογραφικούς παράγοντες όπως το φύλο και η ηλικία, κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες όπως το επίπεδο μόρφωσης, η επαγγελματική κατάσταση και το εισόδημα αλλά και από την κατάσταση υγείας και την ύπαρξη χρόνιου νοσήματος.

Το αντικείμενο της παρούσας μελέτης είναι ο υπολογισμός του ποσοστού των ανικανοποίητων αναγκών για ιατρικές υπηρεσίες στην χώρα μας, η αναγνώριση των παραγόντων που οδηγούν τα άτομα να εμφανίζουν ανικανοποίητες ανάγκες καθώς και τα αίτια εμφάνισής τους. Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε είναι το European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC), το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί για την διερεύνηση των ανικανοποίητων αναγκών για υπηρεσίες υγείας σε αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες από την Eurostat.

Στο πρώτο κεφάλαιο αναλύεται η έννοια της υγείας καθώς και το νομικό πλαίσιο του δικαιώματος της υγείας στη χώρα μας. Στη συνέχεια γίνεται αναφορά στις ανισότητες στην υγεία, στην φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό και ποια άτομα κινδυνεύουν περισσότερο να έρθουν αντιμέτωπα με τις παραπάνω καταστάσεις. Τέλος θα εξεταστεί πως επηρεάζει η οικονομική ανάπτυξη την κατάσταση υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται οι δαπάνες υγείας στη χώρα μας. Συγκεκριμένα πως επηρεάζεται η υγειονομική ανάπτυξη από οικονομική ανάπτυξη, ποια η εξέλιξη των δαπανών στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα και την ΕΕ, πως η πανδημία COVID-19 επηρέασε τα συστήματα υγείας και ποια τα μακροοικονομικά μεγέθη της Ελληνικής οικονομίας.

Στο τρίτο κεφάλαιο προσδιορίζεται έννοια της ανάγκης στη δημόσια υγεία και υγειονομική περίθαλψη, η έννοια των ανικανοποίητων αναγκών για ιατρικές υπηρεσίες και ποια η διαχρονική εξέλιξή τους στην Ελλάδα και την ΕΕ.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται ο σχεδιασμός της μελέτης, η περιγραφή του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε για τις ανάγκες της μελέτης καθώς και η στατιστική ανάλυση που διεξήχθη.

Το πέμπτο κεφάλαιο επικεντρώνεται στα αποτελέσματα της μελέτης σχετικά με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος, την κατάσταση υγείας, τις ανικανοποίητες ανάγκες και τους λόγους εμφάνισής τους και τέλος την επίπτωση τους στην επιδείνωση της υγείας του δείγματος.

Στο έκτο κεφάλαιο πραγματοποιείται μία σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης με τα αποτελέσματα αντίστοιχων μελετών αλλά και με τα δεδομένα που παρέχει η Eurostat.

Στο έβδομο και τελευταίο κεφάλαιο αναφέρονται τα συμπεράσματα που εξήχθησαν από την παρούσα μελέτη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Η έννοια της υγείας

Ο προσδιορισμός της έννοιας της υγείας αποτελεί ένα από τα πιο σύνθετα και αμφίσημα ζητήματα στην επιστημονική κοινότητα (Hunter, 2003). Έχει πολυπαραγοντική διάσταση. Καθορίζεται από περιβαλλοντικούς παράγοντες (πολιτικούς, οικονομικούς, πολιτισμικούς και κοινωνικούς) και εξαρτάται από το ίδιο το άτομο που επανεξετάζει τη συμπεριφορά του και το πως αντιλαμβάνεται την υγεία. Διαφέρει ανάμεσα στους πολιτισμούς και τις κοινωνικές συνθήκες που επικρατούν αλλά και στην ιστορία της ανθρώπινης ζωής.

Η κοινωνική προσέγγιση διαμορφώνει τα όρια ανάμεσα στο φυσιολογικό και το παθολογικό. Στον Δυτικό πολιτισμό τα όρια προσδιορίζονταν με την ικανότητα ή μη για σωματική εργασία. Αργότερα κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα αναγνωρίστηκαν οι πνευματικές και ψυχικές διαταραχές που η εργασία έγινε περισσότερο νοητική (Τούντας, 2000). Επομένως η υγεία και η ασθένεια επηρεάζουν τις κοινωνικές λειτουργίες του ατόμου και όταν αυτό νοσεί, διαταράσσονται οι κοινωνικές του σχέσεις (Kovacs, 1998).

Επίσης σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η σχέση της οικονομίας με την υγεία. Η πενία γεννά την ασθένεια ενώ η αφθονία προστατεύει την υγεία. Η αύξηση του εισοδήματος παρέχει τη δυνατότητα για καλύτερες συνθήκες διαβίωσης αλλά και περισσότερους πόρους για πρόληψη, υγειονομική περίθαλψη και λήψη άλλων κοινωνικών υπηρεσιών (Τούντας, 2000).

Ο εκάστοτε πολιτισμός επηρεάζει τον τρόπο που κατανοούνται, ερμηνεύονται και θεραπεύονται οι ασθένειες και με ποιον τρόπο προάγεται η υγεία. (Σαρρής, 2001). Έτσι, ανάλογα με τις πολιτισμικές επιδράσεις, η ίδια ασθένεια μπορεί να θεωρηθεί τιμωρία ή χάρισμα, αμαρτία ή δοκιμασία. Ο Πλάτων ήταν ο πρώτος που ανέφερε ότι η αρρώστια προκαλείται από τον πολιτισμό. Πίστευε ότι όσο ο άνθρωπος ζούσε στη φύση, ήταν υγιής και δεν είχε την ανάγκη ιατρικής φροντίδας. Κατά τον Πλάτωνα τις βασικές αιτίες της νοσηρότητας αποτελούσαν η μαλακότητα και η υπερβολική και εξεζητημένη διατροφή που χαρακτήριζε τον πολιτισμό της εποχής του.

Κατά καιρούς έχουν αποδοθεί διάφοροι ορισμοί και μοντέλα προσδιορισμού της υγείας. Ο Ιατρικός ορισμός της υγείας είναι η απουσία νόσου ή ασθένειας (αρνητικός ορισμός). Στον

Βιοματικό ορισμό (Kelman, 1975) ως υγεία θεωρείται η ικανότητα του κάθε ατόμου να ανταποκρίνεται με τη συμμετοχή του στους κοινωνικούς του ρόλους. Στο βιοϊατρικό - κλινικό μοντέλο το σώμα και το πνεύμα θεωρούνται δύο διαφορετικές οντότητες. Η “επισκευή” του σώματος μπορεί να γίνει με τον τρόπο που επισκευάζεται μια μηχανή ενώ είναι επιτακτική ανάγκη για την ίαση του, η χρήση της ιατρικής τεχνολογίας στις ιατρικές επεμβάσεις. Εστιάζει μόνο στα βιολογικά αίτια μιας ασθένειας και όχι σε κοινωνικά ή ψυχολογικά αίτια. Κάθε υποκειμενική προσπάθεια κατανόησης της πάθησης θεωρείται ήσσονος σημασίας. Υπάρχει έντονα το «Δόγμα της συγκεκριμένης αιτιολογίας» ότι η ασθένεια προκαλείται από μόνο «παθογόνους» οργανισμούς (θεωρία των μικροοργανισμών) (Nettleton, 2002). Με αυτήν την θεωρία, “η ιατρική απέκτησε απόλυτη εξουσία πάνω στην ασθένεια καθώς επίσης και το μονοπώλιο της θεραπείας της” (Adam & Herzlich, 1999) με αποτέλεσμα τη δημιουργία μιας ιατροκεντρικής κοινωνίας (Οικονόμου, 2005). Στο βιοϊατρικό μοντέλο ασκήθηκε μεγάλη κριτική από την κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας, η οποία προσφέρει εναλλακτικούς τρόπους μελέτης της υγείας, της ιατρικής και της θεραπείας της ασθένειας. Παρόλα αυτά οι περισσότεροι ορισμοί θεωρούν ότι πρέπει να υπάρχει αρμονία μέσα στο ίδιο το άτομο αλλά και μεταξύ αυτού και του περιβάλλοντος του. Δηλαδή μία θετική προσέγγιση στην οποία συμπεριλαμβάνονται οι έννοιες της ποιότητας ζωής και της ευεξίας και εσωκλείει την σωματική, ψυχική, συναισθηματική, πνευματική και κοινωνική υγεία.

Ένας κοινά αποδεκτός και επικρατέστερος ορισμός, είναι αυτός που διατυπώθηκε στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), σύμφωνα με τον οποίο η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» (World Health Organization (WHO), 1946). Ο παραπάνω ορισμός περιγράφει μια ιδανική κατάσταση ισορροπίας μεταξύ ατομικών και περιβαλλοντικών συστημάτων. Η ισορροπία αυτή είναι δυναμική γιατί δεν είναι σταθερή αλλά μεταβλητή σε σχέση με τον χρόνο και επομένως προσδιορίζεται μόνο για μια συγκεκριμένη στιγμή. Η ολιστική προσέγγιση ορίζει την ασθένεια ως την αποτυχημένη προσπάθεια του οργανισμού να υπερβεί τις προκλήσεις του ευρύτερου περιβάλλοντος (Σαρρής, et al., 2001).

1.2 Νομικό πλαίσιο του δικαιώματος υγείας στην χώρα μας

Το δικαίωμα στην υγεία κατοχυρώνεται ως ατομικό αλλά και ως κοινωνικό δικαίωμα. Το ατομικό δικαίωμα θεμελιώνεται από το Ελληνικό Σύνταγμα στο άρθρο 7 παρ. 2, “Τα

βασανιστήρια, οποιαδήποτε σωματική κάκωση, βλάβη υγείας, ή άσκηση ψυχολογικής βίας, καθώς και κάθε άλλη προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας απαγορεύονται και τιμωρούνται, όπως νόμος ορίζει” και μετά την Αναθεώρηση του Ψηφίσματος της 6ης Απριλίου 2001 της Ζ' Αναθεωρητικής Βουλής των Ελλήνων στο άρθρο 5 παρ. 5, στο “Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Νόμος ορίζει τα σχετικά με την προστασία κάθε προσώπου έναντι των βιοϊατρικών παρεμβάσεων” (Δαγτόγλου, 2012). Το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία προϋποθέτει την τήρηση του ατομικού δικαιώματος. Στο άρθρο 21 παρ.3 του Συντάγματος ορίζεται “Το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων” όπου επιβάλλεται η κρατική μέριμνα για οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Επίσης στο άρθρο 21 παρ. 3 και με την νομολογία ΣτΕ 400/86, κατοχυρώνεται το δικαίωμα της υγείας καθώς “ιδρύει ευθεία εκ του Συντάγματος υποχρέωση του Κράτους για την λήψη θετικών μέτρων προς προστασία της υγείας των πολιτών, στους οποίους δίνει δικαίωμα να απαιτήσουν από την πολιτεία την πραγμάτωση της αντίστοιχης υποχρεώσεώς της”.

Η κρατική ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών θεσπίστηκε και στον Ν.1397/1983, στο άρθρο 1 παρ.3 “Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών”. Στον ίδιο νόμο, στο άρθρο 1 παρ. 2, επιβάλλεται να παρέχονται ισότιμα οι υπηρεσίες υγείας: “Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας, που οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού” (Κρεμαλής, 1987). Προς την κατεύθυνση εξάλειψης των κοινωνικών ανισοτήτων και της πρόσβασης στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας ασχολείται μέχρι και σήμερα το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας. Περιλαμβάνεται και στο τελευταίο δημοσιευμένο Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο για τη Δημόσια Υγεία 2019-2022 (Υπουργείο Υγείας, 2019). Τέλος, με τον νόμο 2071/92 το κράτος προχώρησε στον “Εκσυγχρονισμό και την Οργάνωση του Συστήματος Υγείας”.

Το σύστημα προστασίας υγείας που ίσχυε στη Ελλάδα μέχρι το 1983 ήταν το αυτό της κοινωνικής ασφάλισης. Όμως σε αυτό το σύστημα ασφαλιζονταν μόνο οι εργαζόμενοι, δεν καλύπτονταν οι προληπτικές παροχές υγείας και δημιουργούνταν ανισότητες μεταξύ των

ασφαλιστικών φορέων. Στη συνέχεια επιλέχθηκε το σύστημα κοινωνικής ασφάλειας, που περιλάμβανε ιδιωτικές συμβάσεις με Ασφαλιστικές εταιρείες, και η δημιουργία του Ε.Σ.Υ.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) λειτουργεί συμπληρωματικά στις εκάστοτε εθνικές πολιτικές υγείας ώστε να επιτευχθούν κοινοί στόχοι, να συγκεντρωθούν πόροι και να αντιμετωπιστούν προκλήσεις. Παρέχει σε όλη την ΕΕ, εκτός από νομοθεσία, και πρότυπα για τις υπηρεσίες υγείας και χρηματοδοτεί έργα που αφορούν τον τομέα υγείας. Η Συνθήκη του Μάαστριχτ του 1992 εισήγαγε τη δημόσια υγεία στην ιδρυτική συνθήκη της ΕΕ. με αυτόν τον τρόπο δημιουργήθηκε μια σαφή νομική βάση για τη θέσπιση μέτρων πολιτικής για την υγεία. Ενισχύθηκαν περαιτέρω οι διατάξεις με την Συνθήκη του Άμστερνταμ το 1997 και η ΕΕ μπορούσε να θεσπίζει μέτρα που θα είχαν ως αποτέλεσμα να εξασφαλιστεί υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας του ανθρώπου και τα κράτη μέλη μπορούν πλέον να συνεργάζονται όσον αφορά τα αίτια κινδύνου για την ανθρώπινη υγεία. Το 1993 δημοσιεύτηκε ανακοίνωση σχετικά με το πλαίσιο δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας, το οποία περιείχε οκτώ τομείς δράσης και στη συνέχεια ακολούθησαν τα προγράμματα για τη δημόσια υγεία (2003-2008), το πρόγραμμα για την υγεία (2009-2013), το τρίτο πρόγραμμα για την υγεία (2014-2020) και το τελευταίο “Η ΕΕ για την υγεία - EU4Health” (2021-2027) με το όραμα για μια υγιέστερη Ευρωπαϊκή Ένωση (Υπουργείο Υγείας, 2022). Στο άρθρο 35 του EU Charter of Fundamental Rights στο άρθρο 35 αναφέρεται: “Κάθε πρόσωπο δικαιούται να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε θέματα υγείας και να απολαύει ιατρικής περίθαλψης, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που ορίζονται στις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές. Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Ένωσης, εξασφαλίζεται υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας του ανθρώπου.” (European Commission, 2000).

Ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ), στον στόχο 3 - Καλή Υγεία και Ευημερία, επιδιώκει να διασφαλίσουν μία ζωή με υγεία και να προάγουν την ευημερία για όλους, σε όλες τις ηλικίες τα οποία είναι απαραίτητα για μια βιώσιμη ανάπτυξη. Σκοπός τους είναι η αύξηση του προσδόκιμου ζωής, η μείωση της μητρικής και παιδικής θνησιμότητας, πλήρη εξάλειψη σοβαρών ασθενειών και βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ανθρώπων σε όλο τον κόσμο (ΟΗΕ, 2015). Ιδιαίτερα με το ξέσπασμα της COVID-19 αναδείχθηκε ο σημαντικός ρόλος των εξειδικευμένων υπηρεσιών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) του ΟΗΕ, ο οποίος συντόνισε αυτή την παγκόσμια μάχη. Ο ΠΟΥ ιδρύθηκε στις 7 Απριλίου 1948, ημέρα που εορτάζεται η Παγκόσμια Ημέρα Υγείας, και σύμφωνα με το καταστατικό του κύριος στόχος

του είναι “η διατήρηση του υψηλότερου επιπέδου υγείας για όλους τους λαούς του κόσμου” (Shimkin, 1946). Το έργο του χρηματοδοτείται από εθελοντικές συνεισφορές των κρατών - μελών αλλά και από δωρεές ιδιωτών. Προάγει τον υγιεινό τρόπο ζωής από τη φροντίδα της εγκυμοσύνης μέχρι τα γηρατειά. Αρμοδιότητά του είναι η υποστήριξη της παγκόσμιας περίθαλψης, η παρακολούθηση των δυνητικών κινδύνων για τη δημόσια υγεία, ο συντονισμός των ενεργειών για την αντιμετώπιση των καταστάσεων έκτακτης ανάγκης για την υγεία καθώς και η βελτίωση της υγείας και ευημερίας. Έχουν επιτευχθεί πολλά επιτεύγματα όπως η ανάπτυξη του εμβολίου για την νόσο που προκαλεί ο ιός Έμπολα, η εξάλειψη της μολυσματικής ασθένειας της ευλογιάς και της πολιομυελίτιδας. Οι στόχοι τους σκιαγραφούν ένα φιλόδοξο σχέδιο για τον κόσμο για την επίτευξη καλής υγείας για όλους με τη χρήση πολιτικών και προγραμμάτων που βασίζονται στην επιστήμη.

1.3 Ανισότητες στην υγεία

Οι ανισότητες στην υγεία είναι διαφορές στην κατάσταση της υγείας ή στην κατανομή των πόρων υγείας μεταξύ διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων, που προκύπτουν από τις κοινωνικές συνθήκες στις οποίες οι άνθρωποι γεννιούνται, μεγαλώνουν, ζουν, εργάζονται και γερνούν. Οι ανισότητες στον τομέα της υγείας είναι άδικες και θα μπορούσαν να μειωθούν από το σωστό συνδυασμό κυβερνητικών πολιτικών (World Health Organization (WHO), 2018).

Αρχικά η Ευρωπαϊκή Ένωση ακολούθησε μια οικονομική πολιτική που είχε ως στόχο περισσότερο την συνεχόμενη οικονομική ανάπτυξη και λιγότερο την ανακατανομή του εισοδήματος και των πόρων υγείας, των κοινωνικών πόρων και παροχών ανάμεσα στις κοινωνικές τάξεις καθώς και στην πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας. Μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1970 παρατηρήθηκε μια οικονομική “αντίδραση η οποία οδήγησε σε κοινωνική κρίση και κατέληξε σε υγειονομική κρίση (Health Crisis) (O’Neil, 1982). Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την αναθεώρηση των στόχων που είχαν τεθεί αρχικά ενώ τα παραπάνω τράβηξαν το ενδιαφέρον της Κοινωνιολογίας και της Οικονομίας της Υγείας. Στην κλασική μελέτη “The Black Report” του Sir Douglas Black που δημοσιεύτηκε το 1981 ασχολήθηκε με το Βρετανικό Σύστημα Υγείας και τις ανισότητες που υπήρχαν. Καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι πιο φτωχές οικονομικές τάξεις έχουν 2,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να πεθάνουν από τις πιο ευκατάστατες κοινωνικές τάξεις και η αντίστοιχη βρεφική και παιδική θνησιμότητα

διπλάσια. Επιπλέον υπήρξε μεγάλη διαφορά στη θνησιμότητα ανάμεσα στα δύο φύλα. Στη συνέχεια εξετάζοντας τα υγειονομικά συστήματα της Ευρώπης βρέθηκε ότι υπάρχει μεγάλη διαφορά μεταξύ των Ευρωπαϊκών Κρατών στο προσδόκιμο επιβίωσης και στη βρεφική θνησιμότητα και σημαντικές ανισότητες μεταξύ των κοινωνικών ομάδων μιας χώρας.

Έχει πολυπαραγοντικό χαρακτήρα το θέμα της ισότητας στην υγεία δεδομένου ότι η υγεία και ανισότητες που προκύπτουν εξαρτώνται από προσωπικές επιλογές, από τις συνθήκες εργασίας και διαβίωσης, το οικονομικό, κοινωνικό, πολιτικό και πολιτιστικό περιβάλλον όπου ζουν. Στις χώρες που υπάρχει ισχυρή κοινωνική πολιτική και κοινωνική συνοχή διαπιστώνονται μικρότερες διαφορές όσον αφορά τις ανισότητες. Στην ανακοίνωση της Οικονομικής, της Κοινωνικής και της Επιτροπής των περιφερειών, τον Ιούνιο του 2001, στο Ευρωπαϊκό Συμβούλιο του Γκέτεμποργκ, με θέμα “Το μέλλον της υγειονομικής περίθαλψης και της μέριμνας για τους ηλικιωμένους” αναφέρθηκε η έννοια της ισότητας της υγείας καθώς και της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.

Η υγειονομική ανάπτυξη της Ελλάδας παρουσιάζει αρκετές ομοιότητες με το ευρωπαϊκό πρότυπο σε κάποιους τομείς. Από μελέτες στον τομέα των Οικονομικών της Υγείας προκύπτει ότι όσον αφορά τους δείκτες υγείας (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 1998-2008) υπάρχουν σημαντικές γεωγραφικές ανισότητες (ΕΚΚΕ; Κετσετζοπούλου, Μαρία;, 2019), μεγαλύτερη συγκέντρωση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και των νοσοκομειακών κλινών στα αστικά κέντρα. Η ασφαλιστική κάλυψη για εξωνοσοκομειακή και νοσοκομειακή περίθαλψη διαφέρει μεταξύ των ασφαλιστικών οργανισμών, όπως και οι ασφαλιστικές παροχές. Τέλος υπάρχουν σημαντικές ανισότητες στους δείκτες νοσηρότητας μεταξύ των διάφορων επαγγελματικών κατηγοριών.

1.4 Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός

Ο μεγαλύτερος παράγοντας κινδύνου για την υγεία είναι οι φτώχεια και οι ανισότητες που έχουν άμεση επίδραση στην οικονομική ευημερία των ατόμων και των οικογενειών τους αλλά και στον τρόπο διαβίωσής τους. Οδηγούνται στον κοινωνικό αποκλεισμό και την εξαθλίωση. Η Eurostat (Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία) ανέπτυξε μια μεθοδολογία για την φτώχεια με μετρήσιμα μεγέθη όπως το εισόδημα. Ο κίνδυνος όμως της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού δεν εξαρτάται αυστηρά από το επίπεδο εισοδήματος ενός νοικοκυριού, καθώς

μπορεί επίσης να αντανακλά την ανεργία, τη χαμηλή ένταση εργασίας, το εργασιακό καθεστώς ή άλλα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά. Για τον υπολογισμό του αριθμού ή του ποσοστού των ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού συνδυάζονται τρία ξεχωριστά μέτρα και αυτό καλύπτει τα άτομα που βρίσκονται σε τουλάχιστον μία από αυτές τις τρεις καταστάσεις:

- άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο φτώχειας, με ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα που είναι κάτω από το όριο του κινδύνου φτώχειας.
- άτομα που υποφέρουν από σοβαρή υλική και κοινωνική στέρηση και δεν μπορούν να αντέξουν οικονομικά τουλάχιστον επτά από τα δεκατρία είδη στέρησης (έξι ατομικά και επτά που σχετίζονται με το νοικοκυριό) και θεωρούνται από τους περισσότερους επιθυμητές ή ακόμη και απαραίτητο για την επίτευξη μιας ικανοποιητικής ποιότητας ζωής.
- άτομα (ηλικίας κάτω των 65 ετών) που ζουν σε νοικοκυριό με πολύ χαμηλή ένταση εργασίας, δηλαδή εκείνα που ζουν σε νοικοκυριά όπου ενήλικες εργάζονταν σε ≤ 20 % του συνολικού χρόνου εργασίας τους προηγούμενους δώδεκα μήνες.

Τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται από την Eurostat για το 2021 δείχνουν ότι ο κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού ήταν μεγαλύτερος σε όλη την ΕΕ για τις γυναίκες, τους νέους ενήλικες, τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (αντί για εκείνους με μορφωτικό επίπεδο μεσαίου ή τριτοβάθμιου) και, ειδικότερα, για ανέργους. Πάνω από το 1/5 του πληθυσμού της ΕΕ που ζούσε σε νοικοκυριά με εξαρτώμενα παιδιά διατρέχει κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού το 2021 και ο κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού ήταν ελαφρώς χαμηλότερος μεταξύ των νοικοκυριών χωρίς εξαρτώμενα παιδιά.

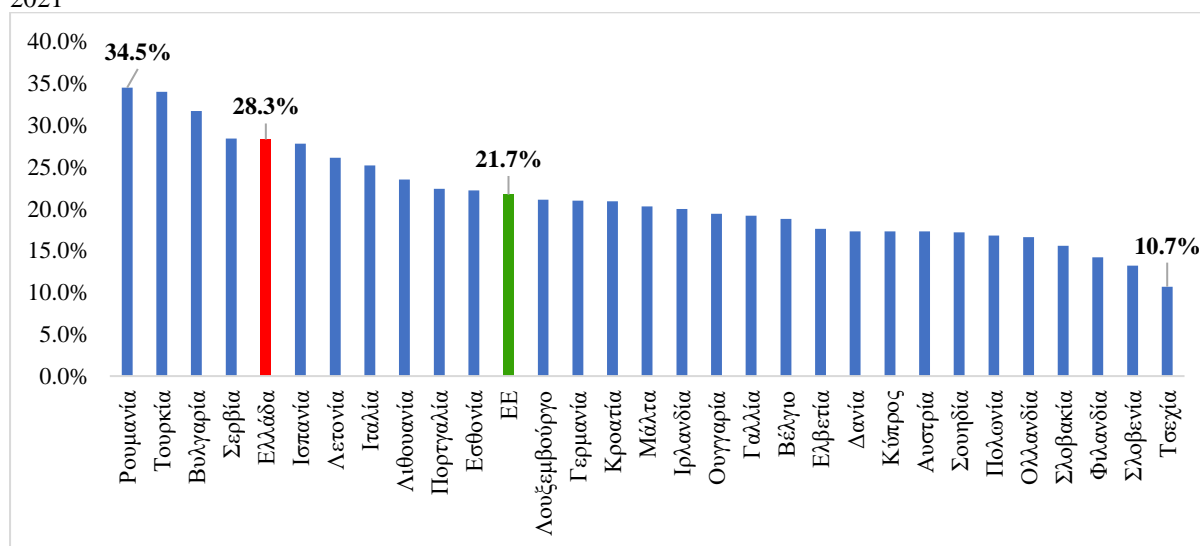
Το εργασιακό καθεστώς ήταν ένα από τα κύρια κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά που επηρέασε τον κίνδυνο της φτώχειας ή του κοινωνικού αποκλεισμού. Το 2021, ενώ ο κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού στην ΕΕ ήταν 11,1 % για τους μισθωτούς και 18,6% για τους συνταξιούχους, ήταν 64,5% για τους ανέργους και διαμορφώθηκε στο 42,3 % για τα άλλα μη ενεργά άτομα δηλαδή άτομα που για άλλο λόγο, εκτός από τη συνταξιοδότηση, δεν εργάζονταν ή δεν ήταν άνεργοι. Ο κίνδυνος της φτώχειας ή του κοινωνικού αποκλεισμού διέφερε σημαντικά στα κράτη μέλη της ΕΕ. Η Ρουμανία (34,4%), η Βουλγαρία (31,7%) και η

Ελλάδα (28,3%) αναφέρουν τα υψηλότερα ποσοστά ατόμων που κινδυνεύουν από φτώχεια και κοινωνικό αποκλεισμό. Αντίθετα, η Φινλανδία, η Σλοβενία και η Τσεχία παρουσίασαν ποσοστό κάτω του 15,0 % (ο μέσος όρος της ΕΕ εκτιμάται σε 21,7%). (Eurostat, 2022)

Το 2021, εκτιμάται ότι υπήρχαν 95,4 εκατομμύρια άνθρωποι στην ΕΕ σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, που ισοδυναμούσε με το 21,7 % του συνολικού πληθυσμού (Γράφημα 1). Ο αριθμός των ατόμων που διατρέχουν κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού (At risk of poverty or social exclusion, AROPE) (Eurostat, 2020) αντιστοιχεί στο άθροισμα των ατόμων που:

- Βρίσκονται σε κίνδυνο φτώχειας όπως υποδεικνύεται από το διαθέσιμο εισόδημά τους (73,7 εκατομμύρια άνθρωποι)
- Αντιμετωπίζουν σοβαρή υλική και κοινωνική στέρηση δηλαδή από την ικανότητά τους να αντέξουν οικονομικά ένα σύνολο προκαθορισμένων υλικών στοιχείων ή κοινωνικών δραστηριοτήτων (27 εκατομμύρια άνθρωποι)
- Ζουν σε νοικοκυριό με πολύ χαμηλή ένταση εργασίας (29,3 εκατομμύρια άνθρωποι).

Γράφημα 1: Ποσοστό % ανά χώρα του κινδύνου εμφάνισης φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού για το έτος 2021

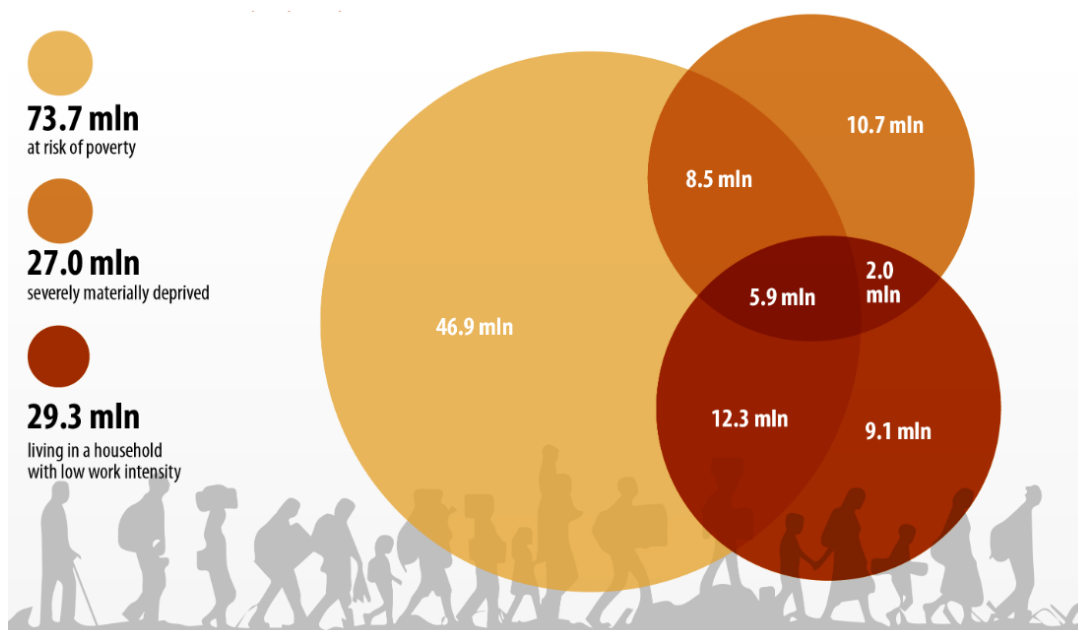


Πηγή : (Eurostat, 2022)

Επίσης 5,9 εκατομμύρια ζούσαν σε νοικοκυριά που αντιμετώπιζαν ταυτόχρονα και τους τρεις κινδύνους φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού, 12,2 εκατομμύρια άνθρωποι που ζούσαν τόσο σε κίνδυνο φτώχειας όσο και σε νοικοκυριό με πολύ χαμηλή ένταση εργασίας αλλά όχι

σε σοβαρές υλικές και κοινωνικές στερήσεις, 8,5 εκατομμύρια ήταν σε κίνδυνο φτώχειας και ταυτόχρονα σοβαρές υλικές και κοινωνικές στερήσεις αλλά όχι σε ένα νοικοκυριό με πολύ χαμηλή ένταση εργασίας και σχεδόν 2,0 εκατομμύρια ζούσαν σε νοικοκυριά με πολύ χαμηλή ένταση εργασίας ενώ βίωσαν σοβαρή υλική στέρηση αλλά δεν διέτρεχαν κίνδυνο φτώχειας (Eurostat, 2022) (Εικόνα 1).

Εικόνα 1: Πλήθος ατόμων σε κίνδυνο φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού για το έτος 2021



Πηγή: (Eurostat, 2022)

Όσον αφορά το προφίλ των ατόμων στην ΕΕ, με βάση τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, που κινδυνεύουν από φτώχεια ή κοινωνικό αποκλεισμό, οι γυναίκες, οι νέοι ενήλικες, τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και οι άνεργοι είχαν, κατά μέσο όρο, περισσότερες πιθανότητες να κινδυνεύσουν από φτώχεια ή κοινωνικό αποκλεισμό το 2021 σε σχέση με άλλες ομάδες του πληθυσμού της ΕΕ. Πιο συγκεκριμένα για την ηλικία, ο υψηλότερος κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού το 2021 στην ΕΕ καταγράφηκε για τους νεαρούς ενήλικες ηλικίας 18-24 ετών (27,3%), ενώ ο χαμηλότερος κίνδυνος καταγράφηκε για άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω (19,6%). Μεταξύ αυτών των δύο ηλικιακών ομάδων, ο κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού ήταν 20,2% για άτομα ηλικίας 25-49 ετών και 21,9% για τον πληθυσμό ηλικίας 50-64 ετών. Η νεότερη ηλικιακή ομάδα, τα άτομα κάτω των 18 ετών, είχαν επίσης σχετικά υψηλό κίνδυνο (24,4%).

Επίσης το μορφωτικό επίπεδο είχε σημαντικό αντίκτυπο στον κίνδυνο της φτώχειας ή του κοινωνικού αποκλεισμού. Περισσότερο από το ένα τρίτο (34,8%) όλων των ατόμων ηλικίας 18 ετών και άνω με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (επίπεδα ISCED 0-2) στην ΕΕ διέτρεχαν κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, σε σύγκριση με το 10,3% των ατόμων της ίδιας ηλικιακής ομάδας με τριτοβάθμιο μορφωτικό επίπεδο (επίπεδα ISCED 5-8). Το αντίστοιχο ποσοστό για άτομα με μέσο μορφωτικό επίπεδο (επίπεδα ISCED 3-4) ήταν 19,8%.

Τα άτομα που ήταν άνεργα αντιμετώπιζαν ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού αφού σχεδόν τα δύο τρίτα (64,5 %) των ανέργων ηλικίας 18 ετών και άνω διέτρεχαν κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού το 2021. Τα ανενεργά άτομα (εκτός από τη συνταξιοδότηση) αντιμετώπιζαν τον δεύτερο υψηλότερο κίνδυνο με ποσοστό 42,3 %. Το ποσοστό των συνταξιούχων που διέτρεχαν κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού ήταν 18,6 % και το ποσοστό των απασχολούμενων ήταν 11,1% (Eurostat, 2022) (Eurostat, 2022) (Eurostat, 2022).

Στην ΕΕ συνολικά, ο κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού για τα νοικοκυριά με εξαρτώμενα παιδιά ήταν λίγο υψηλότερος από ό,τι για εκείνα χωρίς. Πάνω από το ένα πέμπτο (22,5 %) των ατόμων που ζούσαν σε νοικοκυριά με εξαρτώμενα παιδιά στην ΕΕ διέτρεχαν κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, που ήταν κοντά στο αντίστοιχο ποσοστό μεταξύ των νοικοκυριών χωρίς εξαρτώμενα παιδιά (20,9 %). Ωστόσο, τα ποσοστά αυτά διέφεραν σημαντικά μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ. Για τα άτομα που ζουν σε νοικοκυριά με εξαρτώμενα παιδιά, το ποσοστό κυμάνθηκε από υψηλά 35,4 % στη Ρουμανία, 31,7 % στην Ελλάδα και 31,5 % στην Ισπανία έως 11,4 % στη Φινλανδία, 10,7 % στην Τσεχία και 9,9 % στη Σλοβενία. Για τα νοικοκυριά χωρίς εξαρτώμενα παιδιά, τα ποσοστά κυμαίνονταν από 33,8 % στη Βουλγαρία, 33,4 % στη Λετονία και 33,3 % στη Ρουμανία έως 13,9 % στη Σλοβακία και 10,8 % στην Τσεχία (Eurostat, 2022).

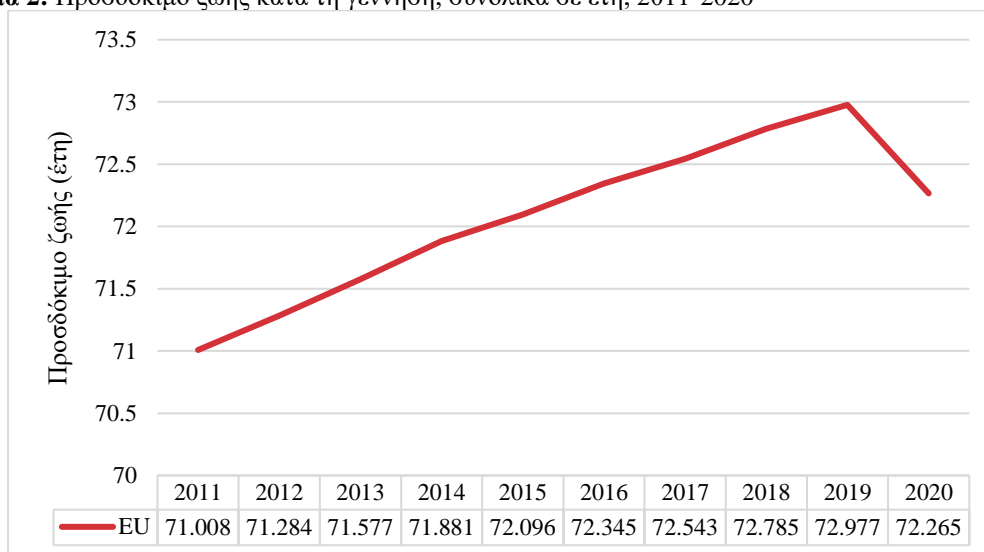
Στο διάγραμμα του ΟΕCD διατίθεται επίσης το ποσοστό φτώχειας ανά ευρεία ηλικιακή ομάδα: παιδική φτώχεια (0-17 ετών), φτώχεια σε ηλικία εργασίας και φτώχεια ηλικιωμένων (66 ετών και άνω). Αυτό που αξίζει να σημειωθεί είναι ότι δύο χώρες με τα ίδια ποσοστά φτώχειας μπορεί να διαφέρουν ως προς το σχετικό επίπεδο εισοδήματος των φτωχών (Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD), 2022).

Το χάσμα φτώχειας (poverty gap) είναι η αναλογία με την οποία το μέσο εισόδημα των φτωχών πέφτει κάτω από το όριο της φτώχειας. Το όριο της φτώχειας ορίζεται ως το ήμισυ του διάμεσου εισοδήματος των νοικοκυριών του συνολικού πληθυσμού. Το χάσμα φτώχειας συμβάλλει στη βελτίωση του ποσοστού φτώχειας παρέχοντας μια ένδειξη του επιπέδου φτώχειας σε μια χώρα. Ο δείκτης αυτός μετριέται για το συνολικό πληθυσμό, καθώς και για άτομα ηλικίας 18-65 ετών και άτομα άνω των 65 ετών. Στην Ελλάδα είναι 0,331 (Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD), 2022). Όσον αφορά την εισοδηματική ανισότητα μεταξύ των ατόμων, η Ελλάδα βρίσκεται στο 0,31 (0 στην περίπτωση τέλει ισότητας και 1 στην περίπτωση τέλει ανισότητας) (Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD), 2022).

1.5 Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ) και κατάσταση υγείας

Σε πολλές έρευνες είναι καταγεγραμμένο το πόσο σημαντική είναι η συμβολή της οικονομικής ανάπτυξης στην ποιότητα ζωής και του προσδόκιμου επιβίωσης. Στη μελέτη “Μακροοικονομία και Υγεία: Επενδύοντας στην υγεία για την ανάπτυξη” του ΠΟΥ, υποστηρίζεται ότι μια αύξηση του ΑΕΠ κατά 0,3% - 0,4%, θα έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση κατά 10 ποσοστιαίες μονάδες του προσδόκιμου επιβίωσης (World Health Organization (WHO), 2001). Το παραπάνω συμπέρασμα βασίστηκε σε στοιχεία από αναπτυσσόμενες και ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου. Επομένως μία χώρα η οποία έχει επιτύχει ένα υψηλό επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης, απολαμβάνει ένα υψηλότερο επίπεδο διαβίωσης και μακροβιότητα σε σχέση με μία χώρα η οποία βρίσκεται σε χαμηλότερο επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης. Η μείωση στο προσδόκιμο επιβίωσης οφείλεται σε προβλήματα ανεργίας, φτώχειας και οικονομικής εξαθλίωσης. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα (The World Bank, WB) το προσδόκιμο επιβίωσης έχει αυξηθεί την τελευταία δεκαετία (2011-2021) παγκοσμίως, με δεδομένα που προέρχονται από το United Nations Population Division, τον World Health Organization, το United Nations Children’s Fund, το Joint United Nations Programme on HIV/AIDS και διάφορες άλλες πηγές (Γράφημα 2).

Γράφημα 2: Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, συνολικά σε έτη, 2011-2020



Πηγή: (World Bank, 2022)

Τα δεδομένα εδώ καλύπτουν τα συστήματα υγείας, την πρόληψη ασθενειών, την αναπαραγωγική υγεία, τη διατροφή και τη δυναμική του πληθυσμού. Η βελτίωση της υγείας είναι κεντρικής σημασίας για τους Αναπτυξιακούς Στόχους της Χιλιετίας και ο δημόσιος τομέας είναι ο κύριος πάροχος υγειονομικής περίθαλψης στις αναπτυσσόμενες χώρες. Για τη μείωση των ανισοτήτων, πολλές χώρες έχουν δώσει έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, συμπεριλαμβανομένης της ανοσοποίησης, της υγιεινής, της πρόσβασης σε ασφαλές πόσιμο νερό και των πρωτοβουλιών ασφαλούς μητρότητας. Παρόλα αυτά, η μειωμένη γονιμότητα σε συνδυασμό με την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης θα έχουν ως συνέπεια την αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων και στη συνέχεια επιπτώσεις στο υγειονομικό σύστημα. Με τον ίδιο τρόπο, η βρεφική θνησιμότητα επηρεάζεται από την οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας και όχι τόσο η νεογνική θνησιμότητα, η οποία επηρεάζεται επί των πλείστων από κληρονομικούς παράγοντες.

Σύμφωνα με “State of Health in the EU: Companion Report 2021” του European Commission, το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα παραμένει υψηλότερο από τον μέσο όρο στην ΕΕ, αλλά σημείωσε πτώση κατά έξι μήνες το 2020 λόγω των επιπτώσεων του COVID-19. Η ισχαιμική καρδιοπάθεια και το εγκεφαλικό συνεχίζουν να είναι οι κύριες αιτίες θανάτου, ενώ ο καρκίνος του πνεύμονα παραμένει η συχνότερη αιτία θανάτου από καρκίνο. Αν και η Ελλάδα επηρεάστηκε λιγότερο από τον COVID-19 σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, η ασθένεια

ήταν η κύρια αιτία για 1 στους 25 θανάτους το 2020. Το 2019, 2 στους 5 θανάτους αποδίδονταν σε παράγοντες κινδύνου συμπεριφοράς, όπως το κάπνισμα, και η διατροφή. Η στρατηγική που ακολουθήθηκε αφορούσε τους τομείς πρόληψης και προαγωγής της υγείας ιδιαίτερα για την αντιμετώπιση του καπνίσματος, δεδομένου ότι ένα σημαντικό ποσοστό θανάτων που οφείλεται στον καρκίνο του πνεύμονα, μπορούν να προληφθούν, συμπεριλαμβανομένης της έγκαιρης διάγνωσης και διαχείρισης της νόσου. Επίσης πολύ σημαντική είναι η δημιουργία ενός εθνικού μητρώου ασθενών με καρκίνο με ψηφιακά αρχεία υγείας, που περιλαμβάνουν μεγάλα δεδομένα, θα βοηθήσει στην έγκαιρη θεραπεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΔΑΠΑΝΕΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ

2.1 Υγειονομική και οικονομική ανάπτυξη

Η υγειονομική ανάπτυξη είναι μια διαδικασία συνεχούς, προοδευτικής βελτίωσης της κατάστασης της υγείας ενός πληθυσμού σε διάφορα επίπεδα, όπως σε ατομικό, κοινοτικό, εθνικό και παγκόσμιο επίπεδο. Περιλαμβάνει μια σειρά από δράσεις, πολιτικές και πρακτικές, όπως η πρόληψη των ασθενειών, η προώθηση υγιεινών συνηθειών ζωής, η βελτίωση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη και η προαγωγή της ισότητας στην υγεία. Η έννοια της ανάπτυξης προήλθε από εργασίες στον τομέα των μελετών οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης και τώρα εφαρμόζεται στα συστήματα υγείας. Είναι ένας σημαντικός τομέας της δημόσιας υγείας και είναι στενά συνδεδεμένος με την κοινωνική, οικονομική και πολιτική ανάπτυξη (World Health Organization (WHO), 1981) (Roberts & WHO, 1998).

Από τις αρχές της δεκαετίας του 1960, έγινε προσπάθεια σύγκρισης μεταξύ υγειονομικής και οικονομικής ανάπτυξης. Οι οικονομολόγοι της υγείας παρατήρησαν ότι υπήρχε μια σχεδόν γραμμική συσχέτιση. Η θετική κλίση της γραμμικής συσχέτισης μεταξύ δαπανών υγείας και ΑΕΠ που παρατηρήθηκε τις δεκαετίες του 1908 και 1990, σήμαινε ότι η οικονομική ανάπτυξη χρηματοδοτεί και συμβάλλει στην υγειονομική ανάπτυξη. Μετά τα τέλη της δεκαετίας του 1990 έγινε αρνητική λόγω των πολιτικών που υιοθετήθηκαν από την ΕΕ και τον Οργανισμό Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) (Υφαντόπουλος, 2003).

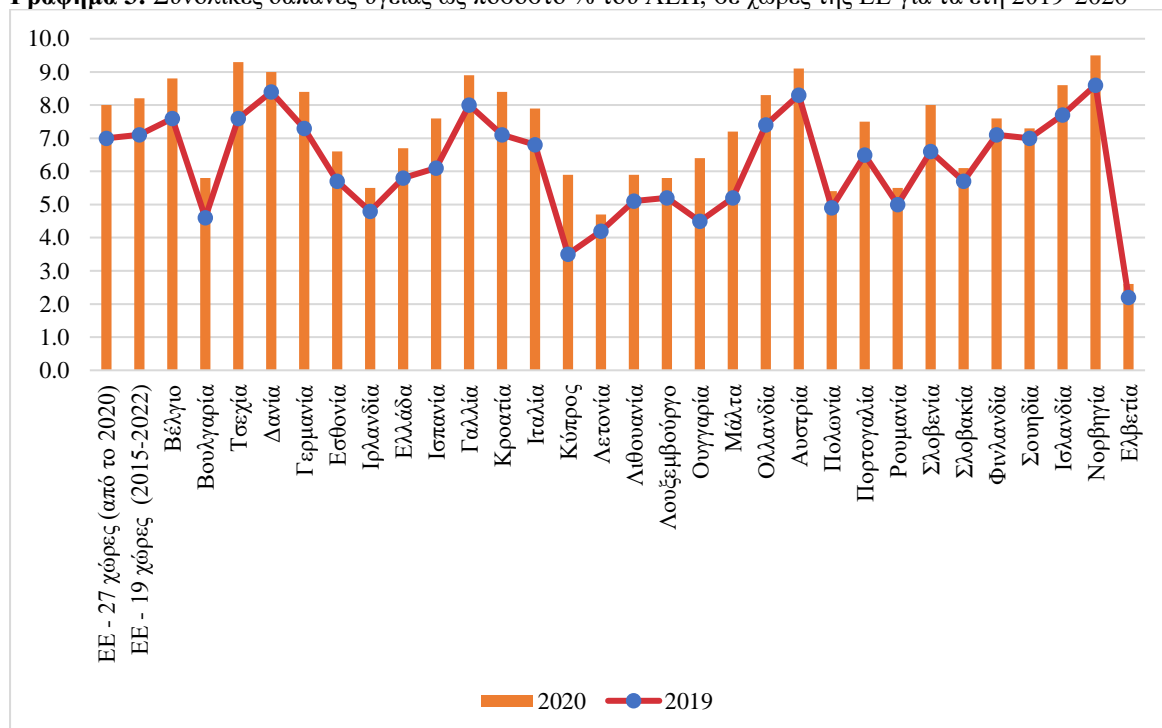
2.2 Εξέλιξη των δαπανών στον τομέα υγείας στην Ελλάδα και την ΕΕ

Οι συνολικές κρατικές δαπάνες υγείας αυξήθηκαν ταχύτατα από το 1960 και μετά, 3,1% του ΑΕΠ το 1960 στην Ελλάδα (Gillion, et al., 1985) (Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD), 2011). Το διάστημα 2009-2018, ο μέσος όρος των συνολικών κρατικών δαπανών για την υγεία ήταν 5,7% του ΑΕΠ (Eurostat, 2022). Το 2019 αύξησε τις κρατικές δαπάνες για την υγεία από 5,8% του ΑΕΠ, σε 6,7% του ΑΕΠ το 2020(Γράφημα 3).

Το 2020, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία παρέμειναν στη δεύτερη θέση των δαπανών της κυβέρνησης στην ΕΕ, μετά την κοινωνική προστασία. Αυξήθηκαν κατά 1 ποσοστιαία μονάδα

σε σύγκριση με το 2019 (8,0% του ΑΕΠ το 2020 έναντι 7,0% του ΑΕΠ το 2019). Η αύξηση οφείλεται τόσο στη μείωση του ΑΕΠ όσο και στην αύξηση των συνολικών κρατικών δαπανών των κυβερνήσεων των χωρών της ΕΕ για την υγεία (1.073 δισεκατομμύρια ευρώ το 2020 έναντι 978 δισεκατομμυρίων ευρώ το 2019), που σχετίζονται κυρίως με την πανδημία του COVID-19. Οι πιο σημαντικές κατηγορίες δαπανών για την υγεία ήταν νοσοκομειακές υπηρεσίες (3,4% του ΑΕΠ), οι εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες (2,5% του ΑΕΠ) και ιατρικά προϊόντα, συσκευές και εξοπλισμός (1,2% του ΑΕΠ). Το 2020 την υψηλότερη αναλογία των κρατικών δαπανών για την υγεία ως προς το ΑΕΠ μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ είχαν η Τσεχία με 9,3%, η Αυστρία με 9,1% και η Γαλλία με 8,9%, ενώ την χαμηλότερη η Λετονία με 4,7%, η Πολωνία με 5,4% και η Ιρλανδία με 5,5%. Το κράτος μέλος της ΕΕ που κατέγραψε τη μεγαλύτερη αύξηση στην αναλογία των κρατικών δαπανών για την υγεία ως προς το ΑΕΠ ήταν η Κύπρος (5,9% το 2020 έναντι 3,5% το 2019), ακολουθούμενη από τη Μάλτα (5,9% του ΑΕΠ το 2020 έναντι 3,5% του ΑΕΠ το 2019) και την Ουγγαρία (6,4% του ΑΕΠ το 2020 έναντι 4,5% του ΑΕΠ το 2019) (Γράφημα 3).

Γράφημα 3: Συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό % του ΑΕΠ, σε χώρες της ΕΕ για τα έτη 2019-2020

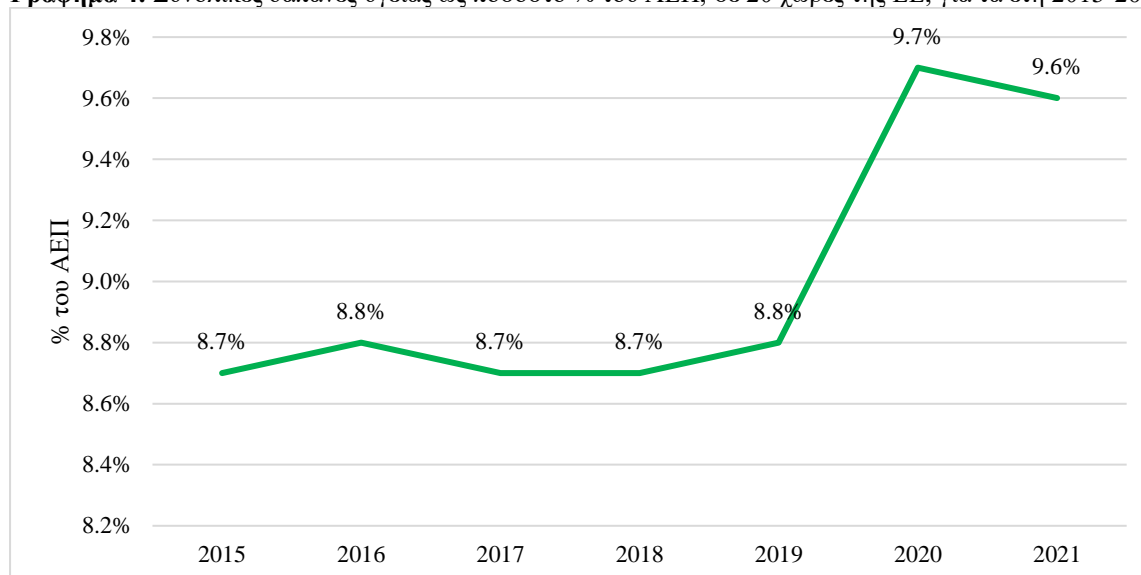


Πηγή: (Eurostat, 2023)

Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, το διάστημα 2015-2019, στις 38 χώρες - μέλη του, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία ήταν κατά μέσο όρο 8,74% του ΑΕΠ. Οι τελευταίες εκτιμήσεις του

αναφέρουν τη μέση αύξηση των συνολικών δαπανών για την υγεία κατά 5% το 2020, στις 38 χώρες - μέλη του, λόγω της εξαιρετικά υψηλής αύξησης των δαπανών από την κυβέρνηση και τα υποχρεωτικά συστήματα (+8,1%) ως απάντηση στις πρόσθετες ανάγκες για την αντιμετώπιση της πανδημίας COVID-19. Οι ιδιωτικές δαπάνες, από την άλλη πλευρά, μειώθηκαν κατά μέσο όρο πάνω από 3%. Ως αποτέλεσμα της σημαντικής αύξησης των δαπανών και της εκτεταμένης οικονομικής ύφεσης, οι δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ εκτινάχθηκαν στο 9,7% στις χώρες του ΟΟΣΑ το 2020, από 8,8% το 2019. Οι δαπάνες για την υγεία συνέχισαν να αυξάνονται έντονα το 2021 περίπου 6%. Ωστόσο, καθώς οι οικονομίες ανέκαμψαν παγκοσμίως το 2021, το ποσοστό των δαπανών για την υγεία στο ΑΕΠ δεν αναμένεται να αυξηθεί περαιτέρω μετά το 2021, σύμφωνα με τη βάση δεδομένων του OECD, Health Statistics για το 2022 (Γράφημα 4).

Γράφημα 4: Συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό % του ΑΕΠ, σε 20 χώρες της ΕΕ, για τα έτη 2015-2021



Πηγή: (Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD), 2022).

2.3 COVID-19 και συστήματα υγείας

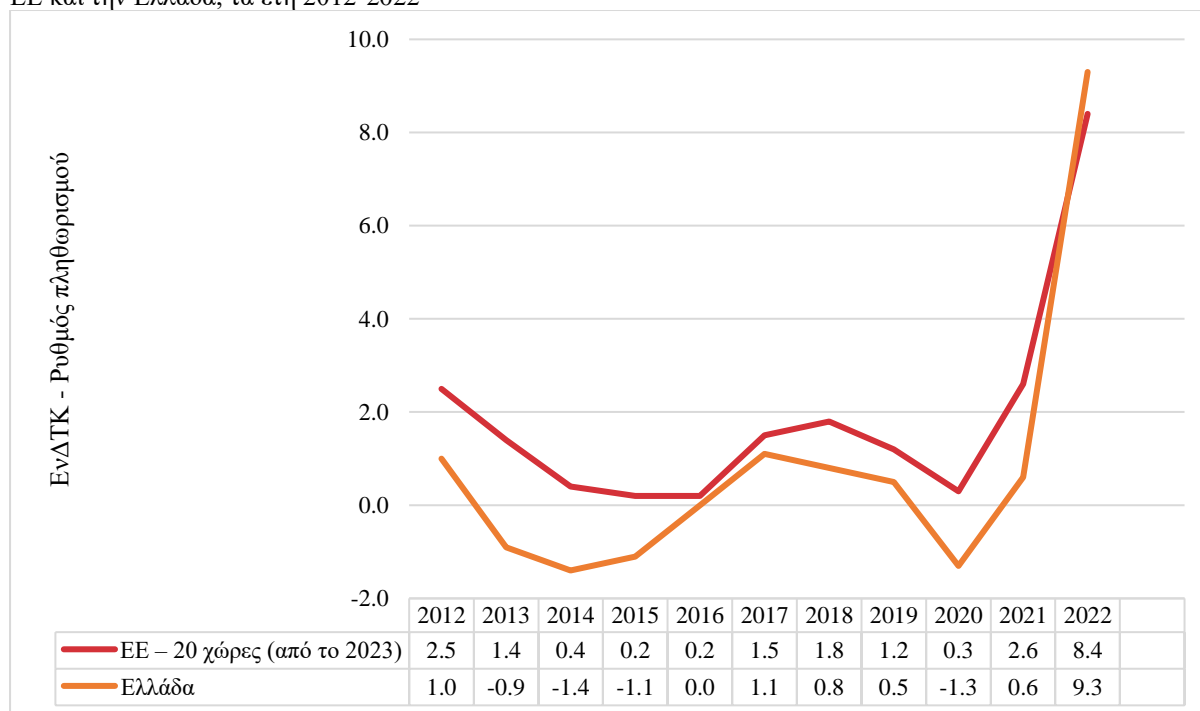
Σε πολλές χώρες, η πανδημία COVID-19 αποκάλυψε την έλλειψη ανθεκτικότητας και χωρητικότητας των συστημάτων υγείας και απαιτήθηκε πρόσθετη χρηματοδότηση, έτσι ώστε να δοθεί στα υγειονομικά συστήματα των χωρών η δυνατότητα να ανταποκριθούν στην αύξηση της ζήτησης για ιατρικές υπηρεσίες. Υπάρχει ανάγκη να προστατευθεί η υλοκείμενη υγεία του πληθυσμού, να ενισχυθούν τα θεμέλια των συστημάτων υγείας και να ενισχυθούν οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας που εργάζονται στην πρώτη γραμμή. Ωστόσο, αυτό εγείρει

ανησυχίες σχετικά με τη δημοσιονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας μακροπρόθεσμα. Το δημοσίευμα με τίτλο “Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives” παρέχει μια λεπτομερή επισκόπηση των θεσμικών πλαισίων για τη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης στις χώρες του ΟΟΣΑ (Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD), 2015). Προσφέρει μια ολοκληρωμένη χαρτογράφηση των πρακτικών προϋπολογισμού και των δομών διακυβέρνησης στον τομέα της υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ.

2.4 Μακροοικονομικά μεγέθη της Ελληνικής οικονομίας

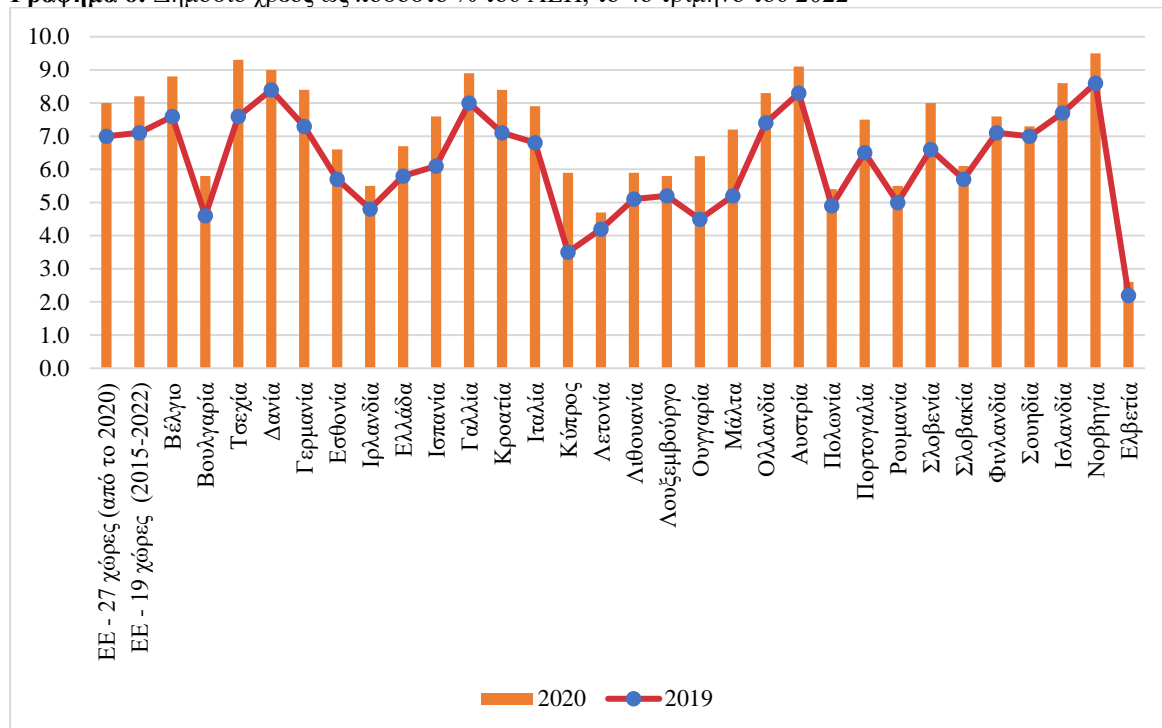
Η Ελληνική οικονομία εξακολουθεί να αντιμετωπίζει προβλήματα υψηλού πληθωρισμού, 9,3% το 2022 και δημοσίου χρέους, 171,3 % του ΑΕΠ το τέταρτο τρίμηνο του 2022, που υπερβαίνει το ΑΕΠ (Γράφημα 5 και 6). Ιδιαίτερα το δημόσιο χρέος στην Ελλάδα παραμένει στο υψηλότερο επίπεδο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Επίσης παραμένει μία χώρα με μεγάλο δημόσιο έλλειμμα. Συγκρίνοντας μακροοικονομικά μεγέθη της Ελληνικής οικονομίας με τα αντίστοιχα μεγέθη υπόλοιπων οικονομιών των Ευρωπαϊκών χωρών, προκύπτει ότι η οικονομία της χώρας συνεχίζει να εμφανίζει σοβαρά μακροοικονομικά προβλήματα.

Γράφημα 5: Ρυθμός πληθωρισμού βάσει του Εναρμονισμένου Δείκτη Τιμών Καταναλωτή (ΕνΔΤΚ-HICP) στην ΕΕ και την Ελλάδα, τα έτη 2012-2022



Πηγή: (Eurostat, 2023)

Γράφημα 6: Δημόσιο χρέος ως ποσοστό % του ΑΕΠ, το 4ο τρίμηνο του 2022



Πηγή: (Eurostat, 2023)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΝΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΓΙΑ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

3.1 Η έννοια της ανάγκης στην υγεία

Η ανάγκη είναι μια πολύ σημαντική έννοια στη δημόσια υγεία. Χρησιμοποιείται για τον σχεδιασμό και τη διαχείριση των υπηρεσιών υγείας, της βελτίωσης της υγείας, της κατανομής πόρων και των ανισοτήτων. Παρόλα αυτά, η ανάγκη αποτελεί μια πολύπλευρη και πολύπλοκη έννοια χωρίς έναν καθολικό ορισμό. Σύμφωνα με τον Bradshaw, υπάρχουν 4 είδη κοινωνικών αναγκών:

1. Η διαπιστωμένη ανάγκη που ορίζεται από τον επαγγελματία υγείας ανάλογα με την εξεταζόμενη κατάσταση και μπορεί να μεταβληθεί λόγω κοινωνικών αλλαγών ή εξέλιξης της γνώσης.
2. Η αισθανόμενη (συνειδητή) ανάγκη είναι η υποκειμενική ανάγκη όπως την αντιλαμβάνεται το άτομο αλλά και το στενό του περιβάλλον.
3. Η εκφραζόμενη ανάγκη, όταν η αισθανόμενη (συνειδητή) ανάγκη μετατρέπεται ζήτηση (Help seeking).
4. Η συγκριτική ανάγκη που προκύπτει από τη σύγκριση των αναγκών ενός πληθυσμού που κάνει χρήση συγκεκριμένων υπηρεσιών υγείας με έναν άλλον πληθυσμό που έχει παρόμοια χαρακτηριστικά (Bradshaw, 1972).

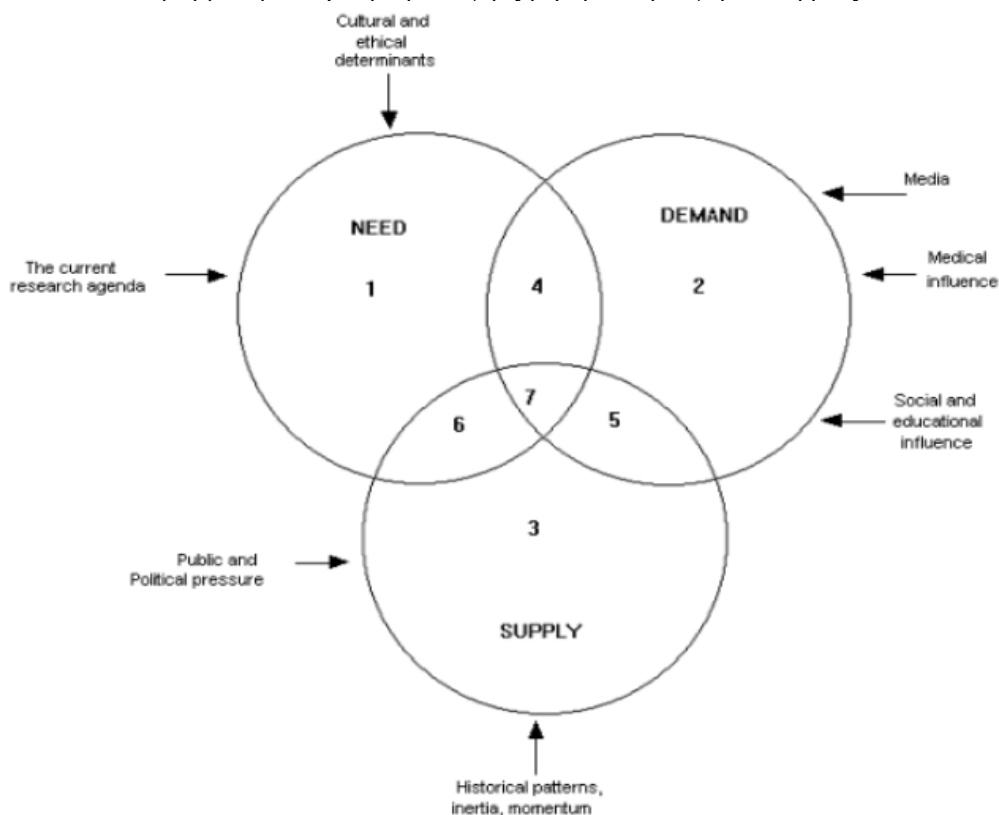
3.2 Η ανάγκη για υγειονομική περίθαλψη

Η ανάγκη για υγειονομική περίθαλψη σημαίνει την ικανότητα του πληθυσμού να επωφεληθεί από την υγειονομική περίθαλψη. Σύμφωνα με τον Matthew η ανάγκη για υγειονομική περίθαλψη υπάρχει όταν ένα άτομο έχει μια ασθένεια ή αναπηρία για την οποία υπάρχει αποτελεσματική και αποδεκτή θεραπεία ή φροντίδα (Matthew, 1971). Ο Stevens αναφέρει τη διαφορά της ανάγκης για υπηρεσίες υγείας από την προσφορά, δηλαδή τις διαθέσιμες υπηρεσίες, και την ζήτηση από τα άτομα (Stevens & Gabbay, 1991). Στην παρακάτω εικόνα παρατηρούμε πώς η παραπάνω ανάγκη, η ζήτηση και η προσφορά υπηρεσιών υγείας μπορεί

να επικαλύπτονται ή να διαφέρουν, όπως επίσης και οι παράγοντες που τις επηρεάζουν. Υπάρχουν 7 πεδία υπηρεσιών. Το πεδίο (1) - Field (1) που υπάρχει ανάγκη για υπηρεσίες υγείας αλλά όχι ζήτηση ούτε προσφορά, το πεδίο (2) - Field (2) που υπάρχει ζήτηση για υπηρεσίες υγείας αλλά όχι ανάγκη ή προσφορά, το πεδίο (3) - Field (3) που υπάρχει προσφορά υπηρεσιών υγείας αλλά δεν υπάρχει ανάγκη ή ζήτηση και πεδία (4)-(7) – Field (4)-(7) με διάφορους βαθμούς επικάλυψης. Επίσης μέσω της παρακάτω εικόνας, μπορεί να πραγματοποιηθεί αξιολόγηση των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης αλλά και να διατηρηθεί η συνέπεια των τριών κύκλων της ανάγκης, της ζήτησης και της προσφοράς πιο συνεπείς με την διαχείριση της ζήτησης, την αλλαγή της προσφοράς καθώς και τον καλύτερο ορισμό της ανάγκης (Εικόνα 2). Επιπλέον παρατηρούμε:

- Η ανάγκη για υπηρεσίες είναι αποτέλεσμα κοινωνικών και εθνικών καθοριστών.
- Η ζήτηση επηρεάζεται από τα ΜΜΕ, τον ιατρικό πληθυσμό, το κοινωνικό και μορφωτικό επίπεδο.
- Η προσφορά επηρεάζεται από Δημόσιες και πολιτικές πιέσεις

Εικόνα 2: Ανάγκη για υγειονομική περίθαλψη, ζήτηση και προσφορά. Επιρροές και επικαλύψεις



Πηγή: (Stevens, et al., 2010)

3.3 Ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρικές υπηρεσίες

Οι ανικανοποίητες ανάγκες όσον αφορά το πως την αντιλαμβάνεται κάθε άνθρωπος είναι διαφορετική. Για παράδειγμα, ασθενείς που ζουν με χρόνιες παθήσεις θα ορίσουν τις ανικανοποίητες ανάγκες τους πολύ διαφορετικά από τους ανθρώπους που αντιμετωπίζουν μια ασθένεια απειλητική για τη ζωή τους. Στις χρόνιες παθήσεις σημαντική είναι η μείωση των παρενεργειών των φαρμάκων, ενώ σε μια ανίατη ασθένεια προτεραιότητα δίνεται στην παράταση της ζωής ενώ σε άλλες περιπτώσεις η απαλλαγή από τον πόνο.

Σύμφωνα με το άρθρο 35 το Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης “Κάθε πρόσωπο δικαιούται να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε θέματα υγείας και να απολαύει ιατρικής περίθαλψης, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που ορίζονται στις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές. Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Ένωσης εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου.” (European Union, 2000). Σε απουσία της ισοτιμίας και της ισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας εμφανίζονται οι ανικανοποίητες ανάγκες. Ανικανοποίητη ανάγκη για ιατρικές υπηρεσίες είναι η διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών που κρίνονται απαραίτητες για την κατάλληλη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας και των υπηρεσιών που λαμβάνονται πραγματικά (Carr & Wolfe, 1976).

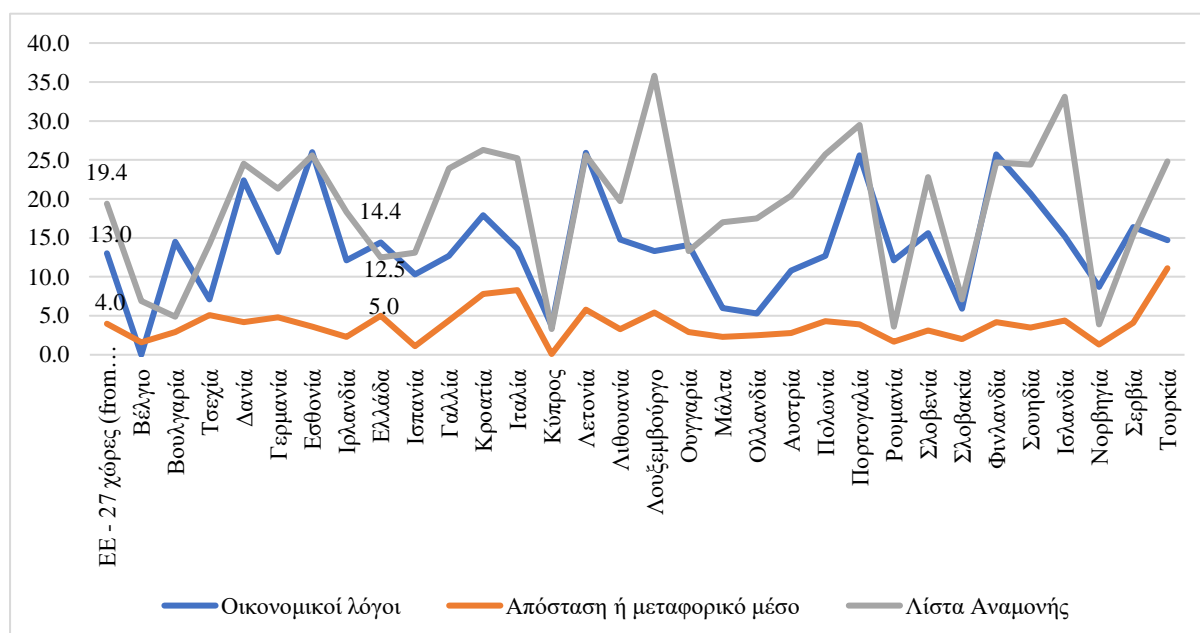
Ως δείκτης αναδεικνύει προβλήματα διαθεσιμότητας υπηρεσιών υγείας όταν απαιτούνται αλλά και μεμονωμένα προβλήματα προσβασιμότητας, όπως το κόστος και η μεταφορά αλλά και προβλήματα αποδοχής, όπως στάσεις και γνώσεις που αφορούν την υγειονομική περίθαλψη (Chen & Hou, 2002). Επίσης εξαρτάται από το εκάστοτε σύστημα υγείας και τις συνθήκες που επικρατούν όταν ο πολίτης αναζητά ιατρικές υπηρεσίες. Σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες οι παράγοντες που επηρεάζουν τις ανικανοποίητες ανάγκες χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες: την προσβασιμότητα κόστος, απόσταση και ασφαλιστική κάλυψη), την διαθεσιμότητα (έλλειψη, μεγάλος χρόνος αναμονής) και την αποδοχή (προσωπικές στάσεις και συμπεριφορές) (Allin & Masseria, 2009) (Sanmartin, et al., 2002) (Nelson & Park, 2006).

3.4 Διαχρονική εξέλιξη των ανικανοποίητες αναγκών για ιατρικές υπηρεσίες στην ΕΕ

Οι αυτοαναφερόμενες ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρική περίθαλψη αφορούν την εκτίμηση του ίδιου του ατόμου για το εάν χρειαζόταν εξέταση ή θεραπεία για συγκεκριμένο τύπο

υγειονομικής περίθαλψης, αλλά δεν την είχε ή δεν την αναζήτησε. Σύμφωνα με έρευνα της Eurostat, το ¼ (25,5%) του πληθυσμού της ευρωπαϊκής Ένωσης, ηλικίας άνω των 15 ετών, ανέφεραν ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρικές υπηρεσίες το 2019 οι οποίες οφείλονταν σε λόγους απόστασης/μεταφοράς (4,0%), οικονομικούς λόγους (13,0%), και λίστας αναμονής (19,4%) και κυμαινόταν από 5,8% στην Κύπρο μέχρι 39,9% στην Πορτογαλία. Στην Ελλάδα οι οικονομικοί λόγοι καταλαμβάνουν το μεγαλύτερο ποσοστό (Γράφημα 7).

Γράφημα 7: Ποσοστό ανικανοποίητων αναγκών στην ΕΕ το 2021, ανάλογα τον λόγο εμφάνισής τους



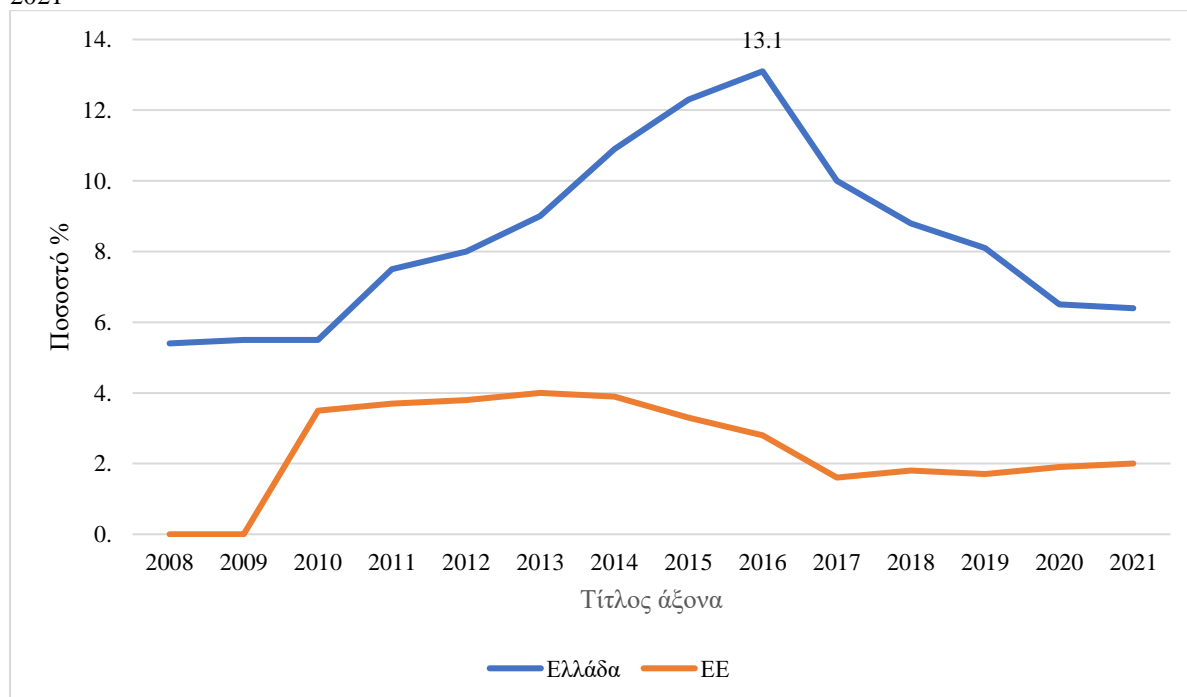
Πηγή: (Eurostat, 2021)

Το μεγαλύτερο ποσοστό (27,1%) ήταν στις ηλικίες 35-44 και 45-64 με την Δανία να καταγράφει τις μεγαλύτερες διαφορές ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες και την Κύπρο τις μικρότερες. Στην Ελλάδα το ποσοστό ήταν υψηλότερο στις ηλικίες 65 και άνω (Eurostat, 2021).

Το 2021 4,8% του πληθυσμού της ΕΕ άνω των 16 ετών είχε ανικανοποίητες ανάγκες με κύριες λόγους τους οικονομικούς και την “Λίστα αναμονής”. Στην Ελλάδα το ποσοστό ανέρχεται στο 12,3%, με 6,4% σε λόγους που αφορούν το σύστημα υγείας (“Πολύ ακριβή”, “Πολύ μακριά για να ταξιδέψω” και η “Λίστα αναμονής”) και 5,9% σε άλλους λόγους. Το μεγαλύτερο ποσοστό κατέχει η Αλβανία με 15,3% και το μικρότερο η Γερμανία και η Κύπρος με ποσοστό 0,5% που αφορούν λόγους σχετικά με το σύστημα υγείας (Eurostat, 2022).

Η Ελλάδα (6,4%), για λόγους που αφορούν το σύστημα υγείας, κατέχει τη 2η θέση μετά την Εσθονία (8,1%) σε ανικανοποίητες ανάγκες. Την τελευταία 3ετία τα υψηλότερα ποσοστά ανικανοποίητων αναγκών παρατηρούνται στην Εσθονία, στην Αλβανία, στην Ελλάδα και στην Ρουμανία. Το μεγαλύτερο ποσοστό που παρατηρήθηκε στην Ελλάδα το διάστημα 2008-2021 ήταν το 2016 (13,1%) και από τότε ακολουθήθηκε καθοδική πορεία (Γράφημα 8).

Γράφημα 8: Διαχρονική εξέλιξη των ανικανοποίητων αναγκών στην ΕΕ και την Ελλάδα για το διάστημα 2008-2021



Πηγή: (Eurostrat, 2022)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

4.1 Σχεδιασμός της μελέτης

Σκοπός της παρούσας cross-sectional μελέτης είναι η διερεύνηση των ανικανοποίητων αναγκών για ιατρικές υπηρεσίες στην Ελλάδα. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του ερωτηματολογίου European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC), "Διερεύνηση των ανικανοποίητων αναγκών για ιατρικές υπηρεσίες στην χώρα μας" και διαμοιράστηκε για να συμπληρωθεί μέσω της Google Forms.

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε μετά από έγκριση του αρμόδιου οργάνου του Τμήματος Διοικητικής Επιστήμης και Τεχνολογίας του ΕΛΜΕΠΑ.

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε το διάστημα Σεπτέμβριος - Νοέμβριος 2022 με τη μέθοδο της χιονοστιβάδας και περιλάμβανε ένα εθνικό τυχαίο δείγμα ενηλίκων, ηλικίας 18 ετών και άνω, που κατοικούν σε αγροτικές, ημιαστικές και αστικές περιοχές της Ελλάδας.

Τα δεδομένα της έρευνας συλλέχθηκαν από την ηλεκτρονική διανομή ερωτηματολογίου (Google Forms) και κατόπιν συναίνεσης των συμμετεχόντων πριν τη συμπλήρωσή του. Στη συνέχεια οι συμμετέχοντες ομαδοποιήθηκαν βάσει των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών τους.

Συνολικά συμπληρώθηκαν 445 ερωτηματολόγια.

4.2 Περιγραφή ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο μέρη και συνολικά περιλάμβανε 15 ερωτήσεις.

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλάμβανε 9 ερωτήσεις σχετικά με τα βασικά κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά: φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, μορφωτικό επίπεδο, επαγγελματική κατάσταση, τόπος κατοικίας (Νομός, Πόλη), ετήσιο ατομικό εισόδημα σε ευρώ και ασφαλιστική κατάσταση.

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου αφορούσε την κατάσταση υγείας και την πρόσβαση σε ιατρικές υπηρεσίες και περιλάμβανε 6 ερωτήματα.

Τα τρία πρώτα ερωτήματα αυτού του μέρους αναφέρονται στην κατάσταση υγείας του ερωτώμενου, την πιθανή ύπαρξη χρόνιου νοσήματος και τον προσδιορισμό του χρόνιου νοσήματος.

Τα δύο επόμενα ερωτήματα αφορούν την ύπαρξης ανικανοποίητων αναγκών για ιατρικές υπηρεσίες και είναι αυτούσια τα ερωτήματα της European Union Statistics on Income and Living Conditions προσέγγιση (EU-SILC approach). Το εργαλείο EU-SILC (EU-SILC survey) παρέχει συγκρίσιμα δεδομένα για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο χρησιμοποιώντας ως μεταβλητές το εισόδημα, την φτώχεια, τον κοινωνικό αποκλεισμό και άλλες συνθήκες διαβίωσης (Eurostat, 2021). Στα δεδομένα υγείας που παρέχονται από το EU-SILC περιλαμβάνονται η γενική υγεία, η παρουσία χρόνιου νοσήματος, περιορισμός δραστηριοτήτων λόγω προβλημάτων υγείας, ανικανοποίητη ανάγκη για ιατρική εξέταση ή θεραπεία και οδοντιατρική εξέταση ή θεραπεία καθώς και ο κύριος λόγος ύπαρξης ανικανοποίητης ανάγκης. Οι εφαρμογές των δεδομένων υγείας EU-SILC επικεντρώνονται κυρίως στην πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη, στις ανισότητες υγείας και στις επιπτώσεις των μακροοικονομικών πολιτικών ή/και των καθεστώτων πρόνοιας στην υγεία (Aroga, et al., 2015).

Η έρευνα EU-SILC διεξάγεται ετησίως από το 2005 σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες, Ισλανδία, Νορβηγία και Ελβετία (European Free Trade Association - EFTA - countries) καθώς επίσης και υποψήφιες προς ένταξη στην Ευρωπαϊκή Ένωση χώρες, υπό τον συντονισμό της Eurostat, προσφέροντας δεδομένα για τις ανικανοποίητες ανάγκες από το 2008. Η ενότητα που αναφέρεται στις ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρική περίθαλψη, επικεντρώνεται στην ιατρική εξέταση ή θεραπεία και προσφέρει μία πληθώρα επιλογών για τον κύριο λόγο ύπαρξης ανικανοποίητων αναγκών, συμπεριλαμβάνοντας λόγους οι οποίοι σχετίζονται με το σύστημα υγείας (κόστος, χρόνος αναμονής και απόσταση) καθώς και άλλους προσωπικούς λόγους.

Οι ανικανοποίητες ανάγκες αξιολογούνται βάσει του ερωτήματος που περιλαμβάνεται στην SILC survey: *“Υπήρξε κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών που πραγματικά χρειαστήκατε ιατρική εξέταση ή θεραπεία για κάποιο πρόβλημα υγείας αλλά δεν τη*

λάβετε;”. Οι ερωτώμενοι που απάντησαν θετικά στην παραπάνω ερώτηση, στη συνέχεια ερωτώνται για ποιο λόγο δεν έλαβαν ιατρική εξέταση ή θεραπεία ενώ την χρειάζονταν (Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD), 2020):

- Δεν μπορούσα να αντέξω οικονομικά (πολύ ακριβή)
- Λίστα Αναμονής
- Δεν μπορούσα να πάρω άδεια από την εργασία/από τη φροντίδα των παιδιών
- Πολύ μακριά για να ταξιδέψω ή δεν υπήρχε μεταφορικό μέσο
- Φόβος για τον ιατρό/εξέταση/θεραπεία
- Ήθελα να περιμένω και να δω αν το πρόβλημα θα βελτιωθεί από μόνο του
- Δεν γνώριζα κάποιον καλό ιατρό
- Άλλος λόγος

Τέλος οι συμμετέχοντες ερωτώνται αν θεωρούν ότι οι παραπάνω λόγοι ήταν αιτία επιδείνωσης της υγείας τους.

4.3 Στατιστική Ανάλυση

Οι ποσοτικές (ηλικία, αριθμός παιδιών, ετήσιο ατομικό εισόδημα) και ποιοτικές μεταβλητές (φύλο, μορφωτικό επίπεδο, επαγγελματική κατάσταση, αστικοποίηση, ασφαλιστική κατάσταση, κατάσταση υγείας, χρόνια νόσημα) παρουσιάζονται σε απόλυτες τιμές (N) και σε σχετικές συχνότητες (%). Ο συντελεστής Pearson χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση της ύπαρξης συσχέτισης, αντισυσχέτισης ή καμίας συσχέτισης, μεταξύ των μεταβλητών (ποιοτικών και ποσοτικών) και της ύπαρξης ανικανοποίητων αναγκών. Τέλος με τους λόγους πιθανοτήτων (adjusted odds ratios, OR) θα εξετάσουμε αν υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων κινδύνου (υποκατηγορίες των χαρακτηριστικών του δείγματος) και έκβασης (ύπαρξη ή μη ανικανοποίητης ανάγκης) με τα διαστήματα εμπιστοσύνης (CI, 95%) τους. Στατιστικά σημαντικές (Sig) θεωρούνται οι μεταβλητές, όταν $p\text{-value} < 0.05$.

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου Statistical Package for Social Science (SPSS) 22.0 IBM USA.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1 Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Συνολικά συμπληρώθηκαν και αναλύθηκαν δεδομένα από 445 ερωτηματολόγια. Από το σύνολο των ερωτηθέντων το 29,4% ήταν άνδρες και το 70,6% ήταν γυναίκες. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 43.3 έτη, 45 έτη για άνδρες και 42,6 έτη για γυναίκες. Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση το 57,8% ήταν Έγγαμοι/Μέλη Συμφώνου Συμβίωσης, 33,5% Άγαμοι, 7,4% Διαζευγμένοι και 1,3% σε Χηρεία. Το 39,6% δεν είχαν παιδιά ενώ το 60,4% είχαν τουλάχιστον 1 παιδί. Πιο αναλυτικά το 0,2% είχαν 5 παιδιά, το 1,6% 4 παιδιά, το 8,8% 3 παιδιά, το 29,4% 2 παιδιά και το 20,4% 1 παιδί. Οι κάτοχοι Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού τίτλου καταλαμβάνουν το 33,9% του δείγματος, οι απόφοιτοι Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης το 47,9%, οι απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης το 16,2% και οι απόφοιτοι Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης το 2%. Όσον αφορά την επαγγελματική κατάσταση το 21,8% ήταν Ιδιωτικοί Υπάλληλοι, το 47,4% Δημόσιοι Υπάλληλοι, το 14,8% Ελεύθεροι Επαγγελματίες, το 4,7% Συνταξιούχοι, το 6,3% Άνεργοι, το 4,5% Φοιτητές και 0,4% Μαθητές. Το ποσοστό του δείγματος που διέμενε σε Αστική περιοχή είναι 86,7%, σε Ημιαστική περιοχή 6,5% και σε Αγροτική περιοχή 6,7%. Τέλος η κατανομή του Ετήσιου Ατομικού Εισοδήματος σε ευρώ των ερωτώμενων έχει ως εξής: 13,3% με εισόδημα 0–5.000, 17,1% με εισόδημα 5.001–10.000, 30,8% με εισόδημα 10.001–10.000, 19,3% με εισόδημα 15.001–20.000, 6,3% με εισόδημα 20.001–25.000, 2,7% με εισόδημα 25.001–30.000, 3,8% με εισόδημα 30.001–35.000, 2% με εισόδημα 35.001–40.000, 1,6% με εισόδημα 40.001–45.000, 3,1% με εισόδημα άνω των 45.000. Το 77,8% διέθετε Δημόσια Ασφάλεια, το 6,5% Ιδιωτική Ασφάλεια, το 12,8% και τις δύο ενώ το 2,9% ήταν Ανασφάλιστοι (Πίνακας 1).

Πίνακας 1: Απόλυτες και σχετικές συχνότητες των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών του δείγματος (N=445)

		Συχνότητα (N)	%	
Φύλο	Άνδρας	131	29.4%	
	Γυναίκα	314	70.6%	
Ηλικία	18-24	22	4.9%	
	25-34	66	14.8%	
	35-44	164	36.9%	
	45-54	128	28.8%	
	55-64	52	11.7%	
	65+	13	2.9%	
Οικογενειακή Κατάσταση	Έγγαμος/Μέλος Συμφώνου Συμβίωσης	257	57.8%	
	Άγαμος	149	33.5%	
	Διαζευγμένος	33	7.4%	
	Χήρος	6	1.3%	
Παιδιά	Όχι	176	39.6%	
	Ναι	269	60.4%	
	1	91	20.4%	
	2	131	29.4%	
	3	39	8.8%	
	4	7	1.6%	
Μορφωτικό Επίπεδο	5	1	0.2%	
	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	9	2.0%	
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	72	16.2%	
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	213	47.9%	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού τίτλου	151	33.9%	
Επαγγελματική Κατάσταση	Ιδιωτικός Υπάλληλος	97	21.8%	
	Δημόσιος Υπάλληλος	211	47.4%	
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	66	14.8%	
	Συνταξιούχος	21	4.7%	
	Άνεργος	28	6.3%	
	Φοιτητής	20	4.5%	
	Μαθητής	2	0.4%	
Αστικοποίηση	Αστική	386	86.7%	
	Ημιαστική	29	6.5%	
	Αγροτική	30	6.7%	
Ετήσιο Ατομικό Εισόδημα (σε ευρώ)	0 - 5.000	59	13.3%	
	5.001 - 10.000	76	17.1%	
	10.001 - 15.000	137	30.8%	
	15.001 - 20.000	86	19.3%	
	20.001 - 25.000	28	6.3%	
	25.001 - 30.000	12	2.7%	
	30.001 - 35.000	17	3.8%	
	35.001 - 40.000	9	2.0%	
	40.001 - 45.000	7	1.6%	
	Άνω των 45.000	14	3.1%	
	Ασφαλιστική Κατάσταση	Δημόσια	346	77.8%
		Ιδιωτική	29	6.5%
Δημόσια και Ιδιωτική		57	12.8%	
Ανασφάλιστος		13	2.9%	

5.2 Κατάσταση υγείας του δείγματος

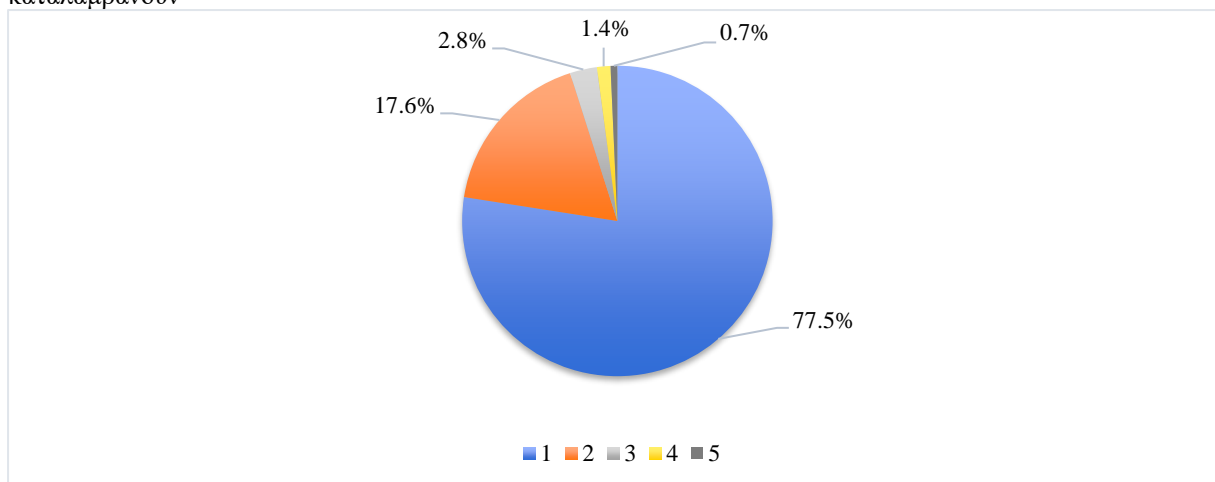
Από το σύνολο των 445 απαντήσεων, οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι η κατάσταση υγείας τους ήταν 29% πολύ καλή, 52,6% καλή, 16,6% μέτρια και 1,8% κακή. Το 68,1% του δείγματος δεν έπασχε από κάποιο χρόνια νόσημα ενώ το 31,9% έπασχε από τουλάχιστον ένα χρόνια νόσημα (Πίνακας 2). Όπως δήλωσαν το 77,5% έπασχε από 1 χρόνια νόσημα, το 17,6% από 2 χρόνια νοσήματα, το 2,8% από 3 χρόνια νοσήματα, το 1,4% από 4 χρόνια νοσήματα και το 0,7% από 5 χρόνια νοσήματα (Γράφημα 9). Αναφορικά με το είδος του χρόνιου νοσήματος το 22,5% είναι Μυοσκελετικό, το 13,4% είναι Αναπνευστικό, το 10,6% είναι Καρδιολογικό, το 4,9% είναι Ψυχιατρικό, το 10,6% είναι Σακχαρώδης Διαβήτης, το 7,7% είναι Κακοήθεια, το 42,3% είναι Αυτοάνοσο και το 17,6% είναι Άλλο χρόνια νόσημα (Γράφημα 10).

Πίνακας 2: Απόλυτες και Σχετικές Συχνότητες της κατάστασης υγείας του δείγματος (N=445)

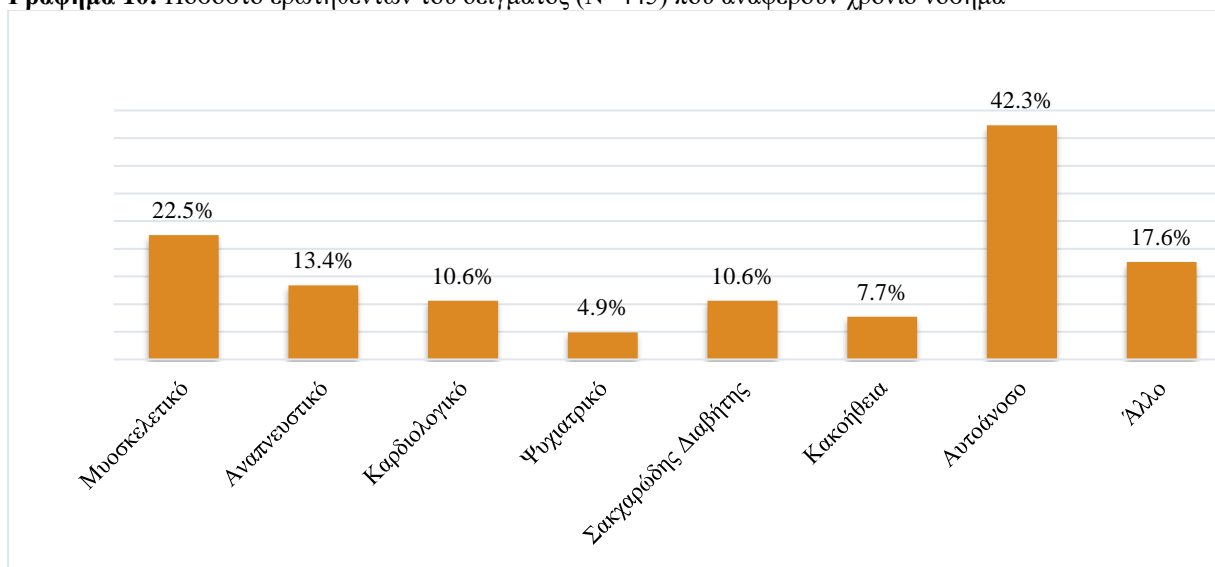
		Συχνότητα (N)	%
Κατάσταση Υγείας			
	Κακή	8	1.8%
	Μέτρια	74	16.6%
	Καλή	234	52.6%
	Πολύ καλή	129	29.0%
Χρόνιο Νόσημα			
	Όχι	303	68.1%
	Ναι*	142	31.9%
	Μυοσκελετικό	32	22.5%
	Αναπνευστικό	19	13.4%
	Καρδιολογικό	15	10.6%
	Ψυχιατρικό	7	4.9%
	Σακχαρώδης Διαβήτης	15	10.6%
	Κακοήθεια	11	7.7%
	Αυτοάνοσο	60	42.3%
	Άλλο	25	17.6%

*Μπορεί να συνυπάρχουν περισσότερα του ενός χρόνια νοσήματα

Γράφημα 9: Αριθμός των χρόνιων νοσημάτων στο δείγμα των πασχόντων (N=142) και το ποσοστό που καταλαμβάνουν



Γράφημα 10: Ποσοστό ερωτηθέντων του δείγματος (N=445) που αναφέρουν χρόνια νόσημα*



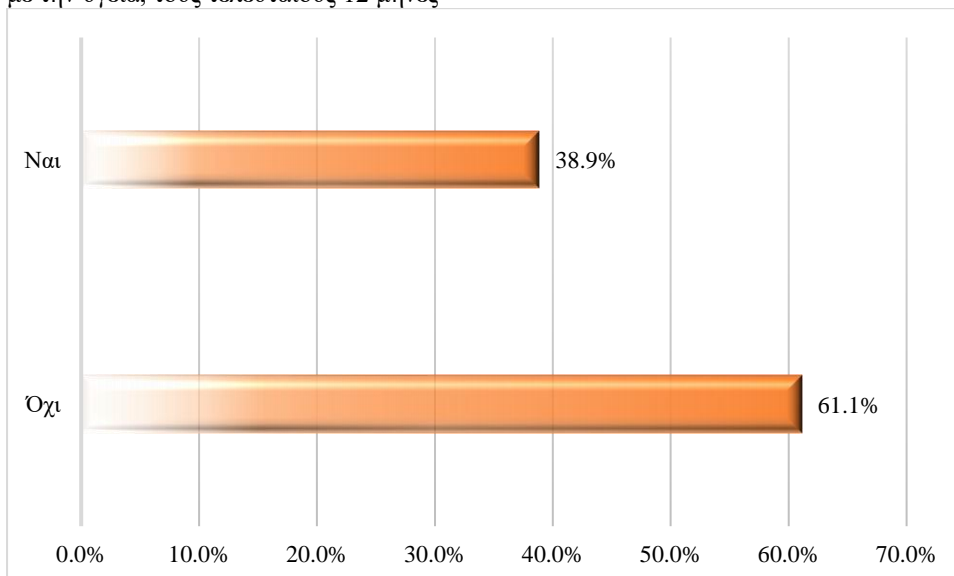
*Μπορεί να συνυπάρχουν περισσότερα του ενός χρόνια νοσήματα

5.3 Ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρικές υπηρεσίες

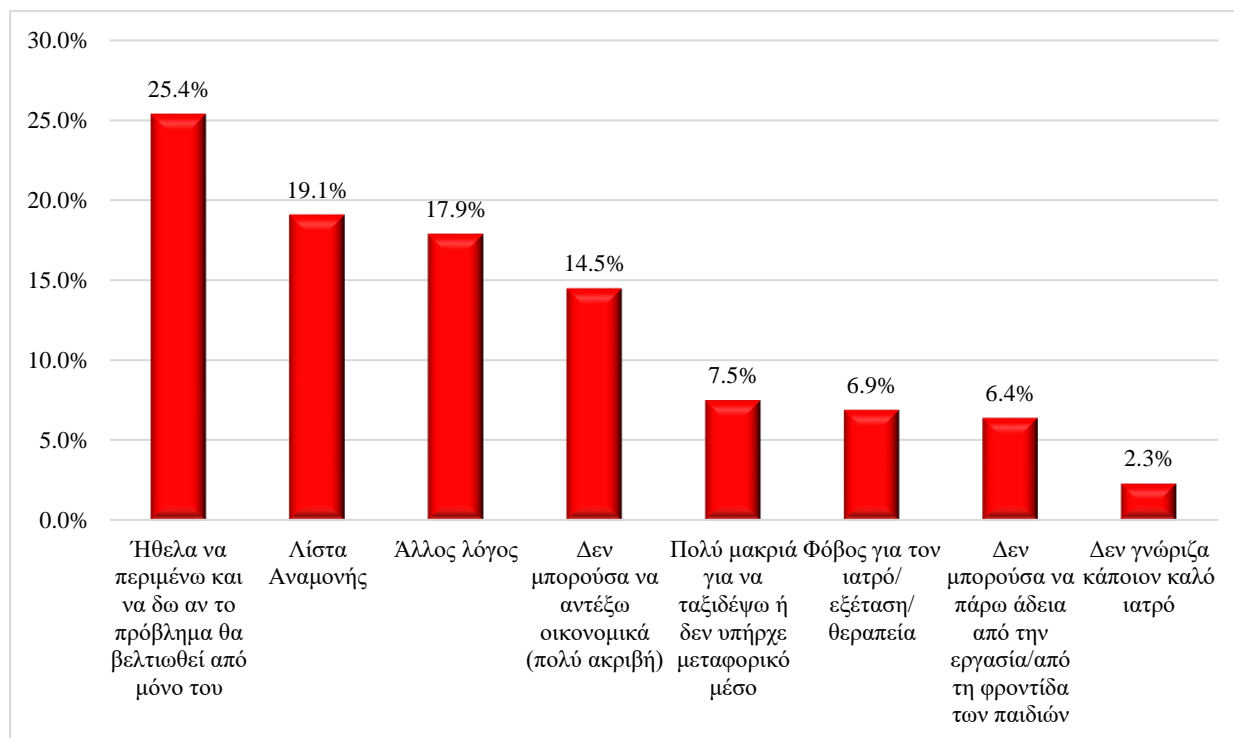
Από το σύνολο των 445 απαντήσεων, οι 173 (38,9%) ανέφεραν ανικανοποίητες ανάγκες τους τελευταίους 12 μήνες που σχετίζονται με την υγεία (Γράφημα 11). Οι 25 (14,5%) δήλωσαν ότι ο κύριος λόγος που δεν έλαβαν ιατρική εξέταση ή θεραπεία τους τους τελευταίους 12 μήνες είναι ότι δεν μπορούσαν να αντέξουν οικονομικά (πολύ ακριβή)”, το αίτιο των 33 ερωτηθέντων (19,1%) ήταν η λίστα αναμονής, οι 11 (6,4%) ανέφεραν ότι δεν μπορούσαν να πάρουν άδεια

από την εργασία τους ή από τη φροντίδα των παιδιών τους, οι 13 (7,5%) πιστεύουν ότι βρίσκονταν πολύ μακριά για να ταξιδέψουν ή δεν υπήρχε μεταφορικό μέσο για να μεταβούν και να λάβουν ιατρική εξέταση ή θεραπεία, οι 12 (6,9%) φοβούνταν τον ιατρό/εξέταση/θεραπεία, οι 44 (25,4%) ήθελαν να περιμένουν και να δουν αν το πρόβλημα θα βελτιωθεί από μόνο του, οι 4 (2,3%) δεν γνώριζαν κάποιον καλό ιατρό και τέλος οι 31 (17,9%) επέλεξαν την απάντηση “Άλλος λόγος” (Γράφημα 12).

Γράφημα 11: Απαντήσεις δείγματος (N=445) για την ύπαρξη ή όχι ανικανοποίητων αναγκών που σχετίζονται με την υγεία, τους τελευταίους 12 μήνες



Γράφημα 12: Απαντήσεις δείγματος (N=173) για τους λόγους που δεν έλαβαν ιατρική εξέταση ή θεραπεία τους τελευταίους 12 μήνες



Το 38,2% των ανδρών και το 39,2% των γυναικών του δείγματος (N=445) αναφέρει ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρικές υπηρεσίες. Μεγάλα ποσοστά παρατηρούνται και στις ηλικίες 25 και άνω με μεγαλύτερο ποσοστό το 48,1% των ερωτηθέντων ηλικίας 55-64. Το 36,2% των Έγγαμων/Μελών Συμφώνου Συμβίωσης είναι το μικρότερο ποσοστό όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση. Επίσης το 40,3% των ερωτώμενων χωρίς παιδιά και το 38,3% με παιδιά αναφέρουν ανικανοποίητες ανάγκες. Όσο χαμηλότερο το μορφωτικό επίπεδο τόσο μεγαλύτερο το ποσοστό των αυτοαναφερόμενων ανικανοποίητων αναγκών (39,7% των κατόχων Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού τίτλου, 36,6% των αποφοίτων Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης, το 41,7% των αποφοίτων Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και το 55,6% των αποφοίτων Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης. Οι Μαθητές του δείγματος δεν ανέφεραν ανικανοποίητες ανάγκες αλλά το 34% των Ιδιωτικών Υπαλλήλων, το 41,7% των Δημοσίων Υπαλλήλων, το 36,4% των Ελεύθερων Επαγγελματιών, το 42,9% των Συνταξιούχοι, το 50% των Ανέργων και το 25% των Φοιτητές ανέφεραν ανικανοποίητες ανάγκες. Οι ερωτώμενοι που διαμένουν σε αστική, ημιαστική και αγροτική περιοχή εμφανίζουν παρόμοια ποσοστά αυτοαναφερόμενων ανικανοποίητων αναγκών (38,9% των ερωτώμενων που διαμένουν σε αστική περιοχή, 41,4% που διαμένουν σε ημιαστική περιοχή και 40% που διαμένουν σε

αγροτική περιοχή). Όσον αφορά το εισόδημα, τα μεγαλύτερα ποσοστά είναι στα χαμηλά ετήσια ατομικά εισοδήματα (47,5% των ερωτώμενων με εισόδημα 1-5.000€) και τα μικρότερα στα υψηλότερα ετήσια ατομικά εισοδήματα (14,3% των ερωτώμενων με εισόδημα άνω των 45.000€). Το 30,8% των ανασφάλιστων, το 39,3% με Δημόσια ασφάλιση, το 41,4% με Ιδιωτική ασφάλιση και το 36,8% με Δημόσια και Ιδιωτική ασφάλιση δεν έλαβαν ιατρική εξέταση ή θεραπεία τους τελευταίους 12 μήνες ενώ το είχαν ανάγκη. Τέλος στις κατηγορίες με χειρότερη κατάσταση υγείας (75% με κακή κατάσταση υγείας) και οι πάσχοντες από τουλάχιστον ένα χρόνια νόσημα (57,7%) παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά αυτοαναφερόμενων ανικανοποίητων αναγκών (Πίνακας 3).

Πίνακας 3: Απόλυτες και Σχετικές Συχνότητες των Δημογραφικών και Κοινωνικών Χαρακτηριστικών του δείγματος (N=445) που αναφέρουν την ύπαρξη ή όχι ανικανοποίητων αναγκών για ιατρικές υπηρεσίες

		Ναι		Όχι		Σύνολο N
		N	%	N	%	
Φύλο						
	Άνδρας	50	38.2%	81	61.8%	131
	Γυναίκα	123	39.2%	191	60.8%	314
Ηλικία						
	18-24	6	27.3%	16	72.7%	22
	25-34	31	47.0%	35	53.0%	66
	35-44	60	36.6%	104	63.4%	164
	45-54	55	43.0%	73	57.0%	128
	55-64	25	48.1%	27	51.9%	52
	65+	6	46.2%	7	53.8%	13
Οικογενειακή Κατάσταση						
	Έγγαμος/Μέλος Συμφώνου Συμβίωσης	93	36.2%	164	63.8%	257
	Άγαμος	61	40.9%	88	59.1%	149
	Διαζευγμένος	16	48.5%	17	51.5%	33
	Χήρος	3	50.0%	3	50.0%	6
Αριθμός Παιδιών						
	Όχι	71	40.3%	105	59.7%	176
	Ναι	103	38.3%	166	61.7%	269
	1	32	35.2%	59	64.8%	91
	2	53	40.5%	78	59.5%	131
	3	13	33.3%	26	66.7%	39
	4	4	57.1%	3	42.9%	7
	5	1	100.0%	0	0.0%	1
Μορφωτικό Επίπεδο						
	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	5	55.6%	4	44.4%	9
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	30	41.7%	42	58.3%	72
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	78	36.6%	135	63.4%	213
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού τίτλου	60	39.7%	91	60.3%	151
Επαγγελματική Κατάσταση						
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	33	34.0%	64	66.0%	97
	Δημόσιος Υπάλληλος	88	41.7%	123	58.3%	211
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	24	36.4%	42	63.6%	66
	Συνταξιούχος	9	42.9%	12	57.1%	21
	Άνεργος	14	50.0%	14	50.0%	28
	Φοιτητής	5	25.0%	15	75.0%	20
	Μαθητής	0	0.0%	2	100.0%	2

Πίνακας 3: συνέχεια

	Ναι		Όχι		Σύνολο N
	N	%	N	%	
Αστικοποίηση					
Αστική	150	38.9%	236	61.1%	386
Ημιαστική	11	37.9%	18	62.1%	29
Αγροτική	12	40.0%	18	60.0%	30
Ετήσιο Ατομικό Εισόδημα (σε €)					
1 - 5.000	28	47.5%	31	52.5%	59
5.001 - 10.000	35	46.1%	41	53.9%	76
10.001 - 15.000	46	33.6%	91	66.4%	137
15.001 - 20.000	40	46.5%	46	53.5%	86
20.001 - 25.000	10	35.7%	18	64.3%	28
25.001 - 30.000	3	25.0%	9	75.0%	12
30.001 - 35.000	5	29.4%	12	70.6%	17
35.001 - 40.000	2	22.2%	7	77.8%	9
40.001 - 45.000	2	28.6%	5	71.4%	7
Άνω των 45.000	2	14.3%	12	85.7%	14
Ασφαλιστική Κατάσταση					
Δημόσια	136	39.3%	210	60.7%	346
Ιδιωτική	12	41.4%	17	58.6%	29
Δημόσια και Ιδιωτική	21	36.8%	36	63.2%	57
Ανασφάλιστος	4	30.8%	9	69.2%	13
Πως θα περιγράφατε την κατάσταση υγείας σας					
Κακή	6	75.0%	2	25.0%	8
Μέτρια	43	58.1%	31	41.9%	74
Καλή	89	38.0%	145	62.0%	234
Πολύ καλή	35	27.1%	94	72.9%	129
Πάσχετε από κάποιο χρόνιο νόσημα;					
Ναι	82	57.7%	60	42.3%	142
Όχι	91	30.0%	212	70.0%	303

Στο δείγμα (N=173) που αφορά τους ερωτηθέντες με αυτοαναφερόμενες ανικανοποίητες ανάγκες, το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών δήλωσε ότι οι κύριοι λόγοι ήταν “Ήθελα να περιμένω και να δω αν το πρόβλημα θα βελτιωθεί μόνο του” (24%) και “Άλλος λόγος” (24%). Αντίστοιχα οι γυναίκες δήλωσαν σε μεγαλύτερο ποσοστό ως κύριους λόγους “Ήθελα να περιμένω και να δω αν το πρόβλημα θα βελτιωθεί μόνο του” (26%) και “Λίστα Αναμονής” (19,5%). Αναφορικά με τα αίτια ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες, οι σημαντικότεροι λόγοι στις ηλικίες 25-34, 45-54 και 55-64 ήταν αντίστοιχα “Ήθελα να περιμένω και να δω αν το πρόβλημα θα βελτιωθεί μόνο του” (33,3%, 27,3% και 36% αντίστοιχα) και στις ηλικίες 35-44 ήταν “Άλλος λόγος” (25%). Οι Έγγαμοι/Μέλη Συμφώνου Συμβίωσης και Άγαμοι σε μεγαλύτερο ποσοστό “Ήθελαν να περιμένουν και να δουν αν το πρόβλημα θα βελτιωθεί μόνο του” (28% και 24,6% αντίστοιχα). Για τους ερωτηθέντες με παιδιά το μεγαλύτερο ποσοστό δήλωσε ότι ο λόγος ήταν η “Λίστα Αναμονής” (24,5%) ενώ οι περισσότεροι ερωτηθέντες χωρίς παιδιά “Ήθελαν να περιμένουν και να δουν αν το πρόβλημα θα βελτιωθεί μόνο του” (31%). Το μεγαλύτερο ποσοστό των αποφοίτων Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης δήλωσε

ανικανοποίητες ανάγκες για οικονομικούς λόγους σε ποσοστό 30% ενώ οι απόφοιτοι Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης και Κάτοχοι Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού τίτλου “Ήθελαν να περιμένουν και να δουν αν το πρόβλημα θα βελτιωθεί μόνο του” σε ποσοστό 32,1% και 20% αντίστοιχα. Οι περισσότεροι Ιδιωτικοί Υπάλληλοι δηλώνουν ότι το πρόβλημα ήταν η “Λίστα Αναμονής” (30,3%) και “Ήθελαν να περιμένουν και να δουν αν το πρόβλημα θα βελτιωθεί μόνο του” (30,3%). Επιπροσθέτως και οι περισσότεροι Δημόσιοι Υπάλληλοι “Ήθελαν να περιμένουν και να δουν αν το πρόβλημα θα βελτιωθεί μόνο του” (27,3%) ενώ το μεγαλύτερο πρόβλημα των Ανέργων ήταν οικονομικό σε ποσοστό 28,6%. Και οι περισσότεροι κάτοικοι των Αστικών περιοχών “Ήθελαν να περιμένουν και να δουν αν το πρόβλημα θα βελτιωθεί μόνο του” (25,3%) όπως και οι περισσότεροι με εισόδημα άνω των 5.000€ ενώ για τους περισσότερους ερωτηθέντες με εισόδημα κάτω των 5.000€ οι λόγοι ήταν οικονομικοί (28,6%). Όσον αφορά την κατάσταση υγείας και την ύπαρξη ή όχι χρόνιου νοσήματος των ερωτηθέντων πάλι το μεγαλύτερο ποσοστό “Ήθελαν να περιμένουν και να δουν αν το πρόβλημα θα βελτιωθεί μόνο του” (Πίνακας 4).

Πίνακας 4: Σχετικές και απόλυτες συχνότητες σύμφωνα των χαρακτηριστικών του δείγματος (N=173) που αναφέρουν ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρικές υπηρεσίες σε σχέση με τους λόγους που δεν έλαβαν ιατρική εξέταση ή θεραπεία τους τελευταίους 12 μήνες

	Δεν μπορούσα να αντέξω οικονομικά (πολύ ακριβή)	Λίστα Αναμονής	Δεν μπορούσα να πάρω άδεια από την εργασία/από τη φροντίδα των παιδιών	Πολύ μακριά για να ταξιδέψω ή δεν υπήρχε μεταφορικό μέσο	Φόβος για τον ιατρό/ εξέταση/ θεραπεία	Ήθελα να περιμένω και να δω αν το πρόβλημα θα βελτιωθεί από μόνο του	Δεν γνώριζα κάποιον καλό ιατρό	Άλλος λόγος
Σύνολο	(25) 14.5%	(33) 19.1%	(11) 6.4%	(13) 7.5%	(12) 6.9%	(44) 25.4%	(4) 2.3%	(31) 17.9%
Φύλο								
Ανδρας	(7) 14%	(9) 18%	(2) 4%	(5) 10%	(3) 6%	(12) 24%	(0) 0%	(12) 24%
Γυναίκα	(18) 14.6%	(24) 19.5%	(9) 7.3%	(8) 6.5%	(9) 7.3%	(32) 26%	(4) 3.3%	(19) 15.4%
Ηλικία								
18-24	(0) 0%	(1) 16.7%	(0) 0%	(0) 0%	(1) 16.7%	(0) 0%	(2) 33.3%	(2) 33.3%
25-34	(2) 9.5%	(4) 19%	(3) 14.3%	(2) 9.5%	(1) 4.8%	(7) 33.3%	(0) 0%	(2) 9.5%
35-44	(6) 10%	(14) 23.3%	(6) 10%	(3) 5%	(3) 5%	(13) 21.7%	(0) 0%	(15) 25%
45-54	(11) 20%	(8) 14.5%	(2) 3.6%	(4) 7.3%	(5) 9.1%	(15) 27.3%	(1) 1.8%	(9) 16.4%
55-64	(4) 16%	(5) 20%	(0) 0%	(4) 16%	(1) 4%	(9) 36%	(1) 4%	(1) 4%
65+	(2) 33.3%	(1) 16.7%	(0) 0%	(0) 0%	(1) 16.7%	(0) 0%	(0) 0%	(2) 33.3%
Οικογενειακή Κατάσταση								
Έγγαμος/Μέλος Συμφώνου Συμβίωσης	(17) 18.3%	(17) 18.3%	(4) 4.3%	(7) 7.5%	(3) 3.2%	(26) 28%	(2) 2.2%	(17) 18.3%
Άγαμος	(4) 6.6%	(9) 14.8%	(4) 6.6%	(5) 8.2%	(8) 13.1%	(15) 24.6%	(2) 3.3%	(14) 23%
Διαζευγμένος	(3) 18.8%	(5) 31.3%	(3) 18.8%	(1) 6.3%	(1) 6.3%	(3) 18.8%	(0) 0%	(0) 0%
Χήρος	(1) 33.3%	(2) 66.7%	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%

Πίνακας 4: συνέχεια

	Δεν μπορούσα να αντέξω οικονομικά (πολύ ακριβή)	Λίστα Αναμονής	Δεν μπορούσα να πάρω άδεια από την εργασία/από τη φροντίδα των παιδιών	Πολύ μακριά για να ταξιδέψω ή δεν υπήρχε μεταφορικό μέσο	Φόβος για τον ιατρό/ εξέταση/ θεραπεία	Ήθελα να περιμένω και να δω αν το πρόβλημα θα βελτιωθεί από μόνο του	Δεν γνώριζα κάποιον καλό ιατρό	Άλλος λόγος
Αριθμός Παιδιών								
Όχι	(6) 8.5%	(8) 11.3%	(4) 5.6%	(5) 7%	(8) 11.3%	(22) 31%	(2) 2.8%	(16) 22.5%
Ναι	(19) 18.6%	(25) 24.5%	(7) 6.9%	(8) 7.8%	(4) 3.9%	(22) 21.6%	(2) 2%	(15) 14.7%
1	(6) 18.8%	(6) 18.8%	(4) 12.5%	(1) 3.1%	(1) 3.1%	(7) 21.9%	(1) 3.1%	(6) 18.8%
2	(8) 15.1%	(16) 30.2%	(3) 5.7%	(4) 7.5%	(3) 5.7%	(10) 18.9%	(1) 1.9%	(8) 15.1%
3	(4) 30.8%	(2) 15.4%	(0) 0%	(2) 15.4%	(0) 0%	(4) 30.8%	(0) 0%	(1) 7.7%
4	(1) 33.3%	(1) 33.3%	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%	(1) 33.3%	(0) 0%	(0) 0%
5	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%	(1) 100%	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%
Μορφωτικό Επίπεδο								
Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	(1) 20%	(1) 20%	(0) 0%	(0) 0%	(1) 20%	(1) 20%	(0) 0%	(1) 20%
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	(9) 30%	(6) 20%	(2) 6.7%	(1) 3.3%	(1) 3.3%	(6) 20%	(0) 0%	(5) 16.7%
Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	(7) 9%	(15) 19.2%	(5) 6.4%	(5) 6.4%	(3) 3.8%	(25) 32.1%	(4) 5.1%	(14) 17.9%
Κάτοχος Μεταπτυχιακού/Διακτορικού τίτλου	(8) 13.3%	(11) 18.3%	(4) 6.7%	(7) 11.7%	(7) 11.7%	(12) 20%	(0) 0%	(11) 18.3%
Επαγγελματική Κατάσταση								
Ιδιωτικός Υπάλληλος	(7) 21.2%	(10) 30.3%	(1) 3%	(1) 3%	(0) 0%	(10) 30.3%	(2) 6.1%	(2) 6.1%
Δημόσιος Υπάλληλος	(9) 10.2%	(16) 18.2%	(8) 9.1%	(9) 10.2%	(7) 8%	(24) 27.3%	(0) 0%	(15) 17%
Ελεύθερος Επαγγελματίας	(2) 8.3%	(4) 16.7%	(1) 4.2%	(0) 0%	(2) 8.3%	(7) 29.2%	(0) 0%	(8) 33.3%
Συνταξιούχος	(3) 33.3%	(2) 22.2%	(0) 0%	(0) 0%	(1) 11.1%	(1) 11.1%	(1) 11.1%	(1) 11.1%
Άνεργος	(4) 28.6%	(0) 0%	(1) 7.1%	(3) 21.4%	(1) 7.1%	(2) 14.3%	(0) 0%	(3) 21.4%
Φοιτητής	(0) 0%	(1) 20%	(0) 0%	(0) 0%	(1) 20%	(0) 0%	(1) 20%	(2) 40%
Διάκριση περιοχών								
Αστική	(22) 14.7%	(29) 19.3%	(11) 7.3%	(7) 4.7%	(12) 8%	(38) 25.3%	(4) 2.7%	(27) 18%
Ημιαστική	(0) 0%	(3) 27.3%	(0) 0%	(3) 27.3%	(0) 0%	(3) 27.3%	(0) 0%	(2) 18.2%
Αγροτική	(3) 25%	(1) 8.3%	(0) 0%	(3) 25%	(0) 0%	(3) 25%	(0) 0%	(2) 16.7%
Ετήσιο Ατομικό Εισόδημα (σε ευρώ)								
0 - 5.000	(8) 28.6%	(6) 21.4%	(2) 7.1%	(0) 0%	(1) 3.6%	(4) 14.3%	(2) 7.1%	(5) 17.9%
5.001 - 10.000	(6) 17.1%	(7) 20%	(1) 2.9%	(5) 14.3%	(0) 0%	(11) 31.4%	(1) 2.9%	(4) 11.4%
10.001 - 15.000	(4) 8.7%	(8) 17.4%	(2) 4.3%	(5) 10.9%	(5) 10.9%	(10) 21.7%	(1) 2.2%	(11) 23.9%
15.001 - 20.000	(6) 15%	(6) 15%	(4) 10%	(2) 5%	(3) 7.5%	(13) 32.5%	(0) 0%	(6) 15%
20.001 - 25.000	(0) 0%	(2) 20%	(0) 0%	(0) 0%	(2) 20%	(4) 40%	(0) 0%	(2) 20%
25.001 - 30.000	(1) 33.3%	(1) 33.3%	(1) 33.3%	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%
30.001 - 35.000	(0) 0%	(1) 20%	(1) 20%	(1) 20%	(1) 20%	(1) 20%	(0) 0%	(0) 0%
35.001 - 40.000	(0) 0%	(1) 50%	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%	(1) 50%
40.001 - 45.000	(0) 0%	(1) 50%	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%	(1) 50%
Άνω των 45.000	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%	(1) 50%	(0) 0%	(1) 50%
Ασφαλιστική Κατάσταση								
Δημόσια	(20) 14.7%	(27) 19.9%	(9) 6.6%	(12) 8.8%	(10) 7.4%	(29) 21.3%	(3) 2.2%	(26) 19.1%
Ιδιωτική	(3) 25%	(2) 16.7%	(1) 8.3%	(0) 0%	(0) 0%	(4) 33.3%	(1) 8.3%	(1) 8.3%
Δημόσια και Ιδιωτική	(1) 4.8%	(4) 19%	(1) 4.8%	(1) 4.8%	(2) 9.5%	(8) 38.1%	(0) 0%	(4) 19%
Ανασφάλιστος	(1) 25%	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%	(3) 75%	(0) 0%	(0) 0%

Πίνακας 4: συνέχεια

	Δεν μπορούσα να αντέξω οικονομικά (πολύ ακριβή)	Λίστα Αναμονής	Δεν μπορούσα να πάρω άδεια από την εργασία/από τη φροντίδα των παιδιών	Πολύ μακριά για να ταξιδέψω ή δεν υπήρχε μεταφορικό μέσο	Φόβος για τον ιατρό/ εξέταση/ θεραπεία	Ήθελα να περιμένω και να δω αν το πρόβλημα θα βελτιωθεί από μόνο του	Δεν γνώριζα κάποιον καλό ιατρό	Άλλος λόγος
Πως θα περιγράφατε την κατάσταση υγείας σας								
Κακή	(1) 16.7%	(1) 16.7%	(0) 0%	(0) 0%	(1) 16.7%	(2) 33.3%	(0) 0%	(1) 16.7%
Μέτρια	(10) 23.3%	(7) 16.3%	(2) 4.7%	(4) 9.3%	(3) 7%	(13) 30.2%	(1) 2.3%	(3) 7%
Καλή	(11) 12.4%	(16) 18%	(6) 6.7%	(7) 7.9%	(8) 9%	(22) 24.7%	(3) 3.4%	(16) 18%
Πολύ καλή	(3) 8.6%	(9) 25.7%	(3) 8.6%	(2) 5.7%	(0) 0%	(7) 20%	(0) 0%	(11) 31.4%
Πάσχετε από κάποιο χρόνιο νόσημα:								
Ναι	(14) 17.1%	(14) 17.1%	(6) 7.3%	(6) 7.3%	(3) 3.7%	(23) 28%	(2) 2.4%	(14) 17.1%
Όχι	(11) 12.1%	(19) 20.9%	(5) 5.5%	(7) 7.7%	(9) 9.9%	(21) 23.1%	(2) 2.2%	(17) 18.7%

5.4 Συσχέτιση και Παλινδρόμηση μεταξύ της ύπαρξης ανικανοποίητων αναγκών για ιατρική εξέταση ή θεραπεία με τα χαρακτηριστικά του δείγματος

Για να εκτιμήσουμε την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της ύπαρξης ανικανοποίητων αναγκών και των χαρακτηριστικών του δείγματος, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Pearson's coefficient of correlation, r). Επιπλέον, με τη χρήση του παραπάνω συντελεστή, θα μπορούσαμε να δούμε αν υπάρχει θετική ή αρνητική συσχέτιση. Κατά τη στατιστική ανάλυση μέσω του SPSS λάβαμε τα εξής αποτελέσματα:

Η τιμή του Sig. (2-tailed) για τις μεταβλητές Ηλικία είναι 0,016, Ετήσιο Ατομικό Εισόδημα (σε ευρώ) είναι 0,007, Κατάσταση Υγείας είναι 0 και Χρόνιο Νόσημα είναι 0 σε σχέση με την ύπαρξη ανικανοποίητων αναγκών και επομένως υπάρχει στατιστική σημαντικότητα μεταξύ των παραπάνω μεταβλητών και της ύπαρξης ανικανοποίητων αναγκών.

Στα αποτελέσματα από τον συντελεστή συσχέτισης Pearson, παρατηρούμε μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και ύπαρξης ανικανοποίητων αναγκών στο επίπεδο 0,05, δηλαδή όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο μειώνεται η πιθανότητα μη ύπαρξης ανικανοποίητων αναγκών. Αντίθετα υπάρχει μια θετική συσχέτιση στο επίπεδο 0,01 μεταξύ του Εισοδήματος, της κατάστασης υγείας και της ύπαρξης ή μη χρόνιου νοσήματος. Δηλαδή όσο μειώνεται το εισόδημα, χειροτερεύει η κατάσταση υγείας και υπάρχει χρόνιο νόσημα τόσο αυξάνεται η πιθανότητα ύπαρξης ανικανοποίητων αναγκών. (Πίνακας 5.5)

Παρατηρούμε ότι η Ηλικία σχετίζεται με την ύπαρξη ανικανοποίητης ανάγκης αρνητικά σε βαθμό -0,114, το Ετήσιο Ατομικό Εισόδημα σχετίζεται με την ύπαρξη ανικανοποίητης ανάγκης θετικά σε βαθμό 0,129, η Κατάσταση Υγείας σχετίζεται με την ύπαρξη ανικανοποίητης ανάγκης θετικά σε βαθμό 0,225 και η ύπαρξη Χρόνιου Νοσήματος σχετίζεται με την ύπαρξη ανικανοποίητης ανάγκης θετικά σε βαθμό 0,265 (Πίνακας 5).

Πίνακας 5: Συσχετίσεις (Correlations) με τη χρήση του συντελεστή Pearson στο δείγμα (N=173) μεταξύ της ύπαρξης ανικανοποίητης ανάγκης και των χαρακτηριστικών των ερωτηθέντων

	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)
Φύλο	-0.009	0.843
Ηλικία	-0.114*	0.016
Οικογενειακή Κατάσταση	-0.076	0.109
Αριθμός Παιδιών	0.007	0.891
Μορφωτικό Επίπεδο	0.023	0.631
Επαγγελματική Κατάσταση	0.003	0.947
Αστικοποίηση	-0.003	0.943
Ετήσιο Ατομικό Εισόδημα (σε ευρώ)	0,129**	0.007
Ασφαλιστική Κατάσταση	0.027	0.574
Κατάσταση Υγείας	0.225**	0
Χρόνιο Νόσημα	0.265**	0

***. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).*

**. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).*

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε Binary Logistic Regression για να εκτιμηθεί την πιθανότητα εμφάνισης ανικανοποίητων αναγκών με βάση ένα δεδομένο σύνολο μεταβλητών.

Στα αποτελέσματα της παραπάνω ενέργειας, ο σχετικός λόγος συμπληρωματικών πιθανοτήτων (odds ratio, OR) χρησιμοποιήθηκε για την σύγκριση της πιθανότητα ύπαρξης ανικανοποίητων αναγκών (έκβαση) σε σχέση με τα χαρακτηριστικά (παράγοντες κινδύνου) των ερωτηθέντων. Για την μέτρηση της αβεβαιότητας σε αυτή την εκτίμηση, επιπλέον υπολογίστηκε ένα διάστημα εμπιστοσύνης (95%), το οποίο αντικατοπτρίζει την ποσότητα της μεταβλητότητας στην εκτιμήτρια OR.

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οι μεταβλητές Ηλικία, Ετήσιο Ατομικό Εισόδημα, Κατάσταση Υγείας και Χρόνιο Νόσημα είναι στατιστικά σημαντικές (Πίνακας 6). Πιο αναλυτικά, όσον αφορά τις κατηγορίες των μεταβλητών που είναι στατιστικά σημαντικές (Sig.) προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα: (Πίνακας 7)

- Οι ερωτώμενοι με ετήσιο ατομικό εισόδημα σε ευρώ 5.001-10.000, 10.001-15.000 και 20.001-25.000 έχουν 81,5%, 80,5% και 80,8% αντίστοιχα (OR=0.185, OR=0.195, OR=0.192 αντίστοιχα) λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν ανικανοποίητες ανάγκες σε σχέση με τους ερωτώμενους με ετήσιο ατομικό εισόδημα σε ευρώ 0-5.000.
- Οι ερωτώμενοι με μέτρια, καλή και πολύ καλή κατάσταση υγείας έχουν 87,6%, 73,2% και 39,3% αντίστοιχα (OR=0,124, OR=0,268, OR=0,607 αντίστοιχα) λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν ανικανοποίητες ανάγκες σε σχέση με τους ερωτώμενους με κακή κατάσταση υγείας.
- Οι ερωτώμενοι που δεν πάσχουν από χρόνια νόσημα έχουν 68,6% λιγότερες πιθανότητες (OR=0,314) να εμφανίσουν ανικανοποίητες ανάγκες σε σχέση με τους ερωτώμενους που πάσχουν από χρόνια νόσημα.
- Τα αποτελέσματα που λάβαμε σε σχέση με τις υποκατηγορίες για την μεταβλητή Ηλικία δεν είναι στατιστικά σημαντικά.

Πίνακας 6: Binary Logistic Regression για την εκτίμηση της πιθανότητας εμφάνισης ανικανοποίητων αναγκών με βάση τα χαρακτηριστικά του δείγματος

Μεταβλητές	B*	Sig.*	Exp(B)*	95% C.I.* for EXP(B)	
				Lower	Upper
Φύλο	.243	.319	1.276	.791	2.058
Ηλικία (σε έτη)	-.248	.031**	.780	.623	.978
Οικογενειακή Κατάσταση	-.198	.224	.820	.596	1.129
Αριθμός Παιδιών	-.038	.747	.963	.766	1.211
Μορφωτικό Επίπεδο	-.281	.065	.755	.560	1.018
Επαγγελματική Κατάσταση	-.002	.981	.998	.850	1.171
Διάκριση Περιοχών	.080	.687	1.083	.735	1.594
Ετήσιο Ατομικό Εισόδημα (σε €)	.229	.001**	1.257	1.105	1.430
Ασφαλιστική Κατάσταση	-.032	.815	.969	.744	1.262
Κατάσταση Υγείας	.439	.006**	1.551	1.134	2.121
Χρόνιο Νόσημα	.918	.000**	2.505	1.573	3.991

*B: beta coefficient, Sig: p-value, Exp(B): odds ratio, C.I.: confidence interval

**p-value<0,05

Πίνακας 7: Binary Logistic Regression για την εκτίμηση της πιθανότητας εμφάνισης ανικανοποίητων αναγκών με βάση τις υποκατηγορίες των χαρακτηριστικών του δείγματος

		B*	Sig.*	Exp(B)*	95% C.I.* for EXP(B)	
					Lower	Upper
Φύλο	Γυναίκα	.042	.843	1.043	.686	1.586
Ηλικία	18-24		.310	1		
	25-34	.827	.260	2.286	.542	9.633
	35-44	.608	.324	1.837	.549	6.142
	45-54	.396	.494	1.486	.477	4.626
	55-64	.129	.825	1.138	.362	3.576
	65+	-.077	.901	.926	.274	3.131
Οικογενειακή Κατάσταση	Έγγαμος/Μέλος Συμφώνου Συμβίωσης		.454	1		
	Άγαμος	.567	.493	1.763	.349	8.914
	Διαζευγμένος	.366	.660	1.443	.282	7.387
Αριθμός Παιδιών	Χήρος	.061	.946	1.063	.187	6.052
	Όχι		.928	1		
	1	21.594	1.000	2389282355.117	0.000	
	2	21.815	1.000	2978780888.567	0.000	
	3	21.589	1.000	2377690149.621	0.000	
	4	21.896	1.000	3231219946.920	0.000	
Μορφωτικό Επίπεδο	5	21.491	1.000	2154146631.280	0.000	
	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση		.625	1		
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	-.640	.355	.527	.136	2,044
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	-.080	.783	.923	.522	1,633
Επαγγελματική Κατάσταση	Κάτοχος Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού τίτλου	.132	.546	1,141	.743	1,752
	Ιδιωτικός Υπάλληλος		.549	1		
	Δημόσιος Υπάλληλος	-20.541	.999	.000	0.000	
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	-20.868	.999	.000	0.000	
	Συνταξιούχος	-20.644	.999	.000	0.000	
	Άνεργος	-20.915	.999	.000	0.000	
	Φοιτητής	-21.203	.999	.000	0.000	
Διάκριση περιοχών	Αστική		.987	1		
	Ημιαστική	.048	.902	1,049	.491	2,240
	Αγροτική	.087	.871	1,091	.383	3,108
Ετήσιο Ατομικό Εισόδημα (σε ευρώ)	0 - 5.000		.155	1		
	5.001 - 10.000	-1.690	.036**	.185	.038	.897
	10.001 - 15.000	-1.634	.041**	.195	.041	.932
	15.001 - 20.000	-1.110	.157	.330	.071	1.535
	20.001 - 25.000	-1.652	.037**	.192	.040	.908
	25.001 - 30.000	-1.204	.161	.300	.056	1.617
	30.001 - 35.000	-.693	.494	.500	.069	3.647
	35.001 - 40.000	-.916	.325	.400	.065	2.480
	40.001 - 45.000	-.539	.626	.583	.067	5.111
	Άνω των 45.000	-.875	.440	.417	.045	3.838

Πίνακας 7: συνέχεια

		B*	Sig.*	Exp(B)*	95% C.I.* for EXP(B)	
Ασφαλιστική Κατάσταση	Δημόσια		,906	1		
	Ιδιωτική	-,376	,538	,686	,207	2,273
	Δημόσια και Ιδιωτική	-,463	,514	,630	,157	2,529
	Ανασφάλιστος	-,272	,681	,762	,209	2,781
Κατάσταση υγείας	Κακή		.000**	1		
	Μέτρια	-2.087	.013**	.124	.024	.644
	Καλή	-1.315	.000**	.268	.147	.491
	Πολύ καλή	-,500	.037**	.607	.379	.970
Χρόνιο νόσημα	Όχι	-1.158	.000**	.314	.208	.475

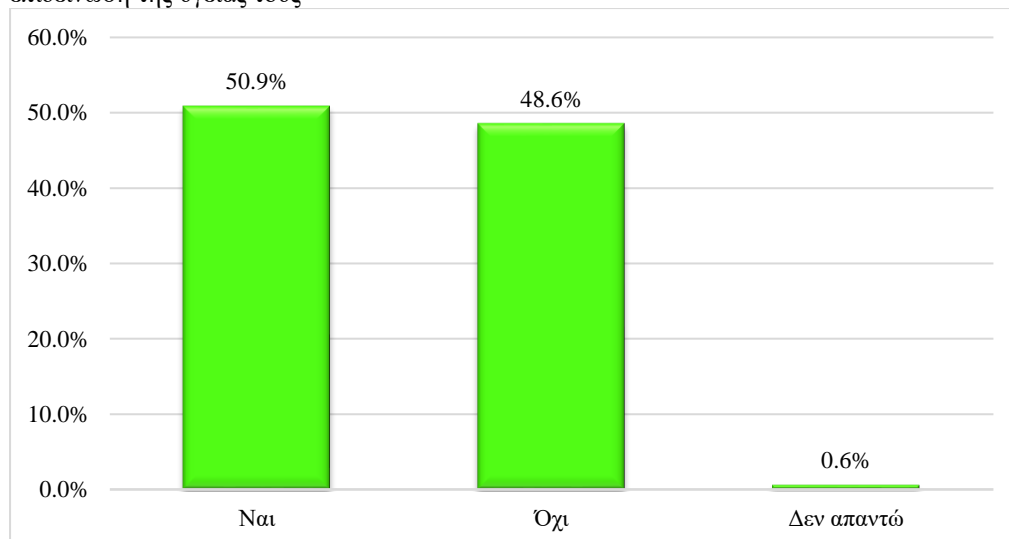
*B: beta coefficient, Sig: p-value, Exp(B): odds ratio, C.I.: confidence interval

**p-value<0,05

5.5 Ανικανοποίητες Ανάγκες και επιδείνωση της υγείας

Από τους 173 που ανέφεραν ανικανοποίητες ανάγκες τους τελευταίους 12 μήνες που σχετίζονται με την υγεία, οι 88 (50,9%) δήλωσαν ότι επιδεινώθηκε η υγεία τους ενώ οι 84 (48,6%) όχι. Ένας από αυτούς δεν απάντησε (0,6%) (Γράφημα 13).

Γράφημα 13: Απαντήσεις δείγματος (N=173) με αυτοαναφερόμενες ανικανοποίητες ανάγκες σχετικά με την επιδείνωση της υγείας τους



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η εξασφάλιση πλήρους και ισότιμης πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας αποτελεί στόχο προτεραιότητας για τις ευρωπαϊκές κυβερνήσεις. Περιλαμβάνει την πλήρη πληθυσμιακή κάλυψη, την διαθεσιμότητα και το προσιτό οικονομικό κόστος (Baeten, et al., 2018). Όταν οι πολίτες δεν δύναται να λάβουν τις ιατρικές υπηρεσίες που επιθυμούν τότε εκδηλώνονται ανικανοποίητες ανάγκες. Με την παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε η μέτρηση και την κατανομή αυτού του δείκτη πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, τις αυτοαναφερόμενες ανικανοποίητες ανάγκες (Allin & Masseria, 2009) καθώς επίσης και τους λόγους εμφάνισής τους.

Στην παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε διερεύνηση των αυτοαναφερόμενων ανικανοποίητων αναγκών με τη χρήση του EU-SILC survey, μέσω ερωτηματολογίου Google Forms, από Σεπτέμβριο έως Νοέμβριο του 2022, με τη μέθοδο της χιονοστιβάδας. Από τις 445 απαντήσεις οι 173 (38,9%) ανέφεραν ανικανοποίητες ανάγκες που σχετίζονται με την υγεία και το συγκεκριμένο ποσοστό είναι σημαντικά μεγαλύτερο σε σχέση με τα ευρήματα της Eurostat, όπου οι αυτοαναφερόμενες ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρικές υπηρεσίες στην Ελλάδα για το 2021 ήταν 12,3% (2^η υψηλότερη θέση μετά την Εσθονία με ποσοστό 12,7%), για την Ευρωπαϊκή Ένωση 4,8%, με μέσο όρο για την Ελλάδα 11,54% την τελευταία δεκαετία, 2012-2021 (Eurostat, 2022) και οι αυτοαναφερόμενες ανικανοποίητες ανάγκες για περίθαλψη στην Ελλάδα 14,4% το 2019 (Eurostat, 2022). Σε μελέτη που δημοσιεύτηκε το 2013 “Investigating Unmet Health Needs in Primary Health Care Services in a Representative Sample of the Greek Population”, το ποσοστό των αυτοαναφερόμενων ανικανοποίητων αναγκών ανερχόταν στο 9,9% (Pappa, et al., 2013). Σε πρόσφατη έρευνα του 2021 στην Τουρκία, περίπου το 25% των ερωτηθέντων ανέφερε ότι δεν έλαβαν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης παρόλο που τις είχαν ανάγκη (Dilek, et al., 2021).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων με αυτοαναφερόμενες ανικανοποίητες ανάγκες είχαν ως κύριους λόγους “Ήθελα να περιμένω και να δω αν το πρόβλημα θα βελτιωθεί από μόνο του” (25,4%), “Λίστα Αναμονής” (19,1%) και “Άλλος λόγος” (17,9%), ενώ το “Δεν μπορούσα να αντέξω οικονομικά (πολύ ακριβή)” βρίσκεται στην 4^η θέση (14,5%). Σύμφωνα

με την Eurostat για το 2021, οι κύριοι λόγοι των ερωτώμενων με αυτοαναφερόμενες ανικανοποίητες ανάγκες, με τα μεγαλύτερα ποσοστά ήταν “Δεν μπορούσα να αντέξω οικονομικά (πολύ ακριβή)” (49,39%), “Άλλος λόγος” (39,86%) και “Ήθελα να περιμένω και να δω αν το πρόβλημα θα βελτιωθεί από μόνο του” (6,07%) ενώ η “Λίστα Αναμονής” βρίσκεται στην 5^η θέση (4,33%) (Eurostat, 2022). Στην μελέτη “Investigating Unmet Health Needs in Primary Health Care Services in a Representative Sample of the Greek Population” του 2013, οι κύριοι λόγοι ήταν το “κόστος” (“cost”) και “πολύ απασχολημένος” (“too busy”) με ποσοστά 25,4% και 23,9% αντίστοιχα (Pappa, et al., 2013). Σε παρόμοιες έρευνες στην Τουρκία (2021) και την Ιρλανδία (2017), οι κυριότεροι λόγοι ήταν το κόστος και η λίστα αναμονής (Dilek, et al., 2021) (Connolly & Wren., 2017).

Τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ύπαρξη ανικανοποίητων αναγκών. Ιδιαίτερα τα άτομα με χαμηλό εισόδημα έχουν 1,8 φορές περίπου μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης αυτοαναφερόμενων ανικανοποίητων αναγκών σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες εισοδήματος. Παρόμοια αποτελέσματα παρουσιάζει και η Eurostat (Eurostat, 2023) και παλαιότερη έρευνα που διεξήχθη στον Καναδά (Chen & Hou, 2002) και την Τουρκία (Dilek, et al., 2021). Στην Ιρλανδία τα άτομα με χαμηλότερα εισοδήματα, είχαν περισσότερο από 2 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης αυτοαναφερόμενων ανικανοποίητων αναγκών σε σχέση με τις υψηλότερες κατηγορίες εισοδήματος (Connolly & Wren., 2017).

Οι πιθανότητες εμφάνισης ανικανοποίητων αναγκών είναι σημαντικά υψηλές για τα άτομα με κακή κατάσταση υγείας. Έχουν 1,876, 1,732 και 1,393 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα αντίστοιχα, να αναφέρουν ανικανοποίητες ανάγκες σε σχέση με τα άτομα με μέτρια, καλή και πολύ καλή κατάσταση υγείας. Επίσης τα άτομα με χρόνια νόσημα έχουν 1,686 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης ανικανοποίητων αναγκών σε σχέση με τα άτομα που δεν πάσχουν από κάποιο χρόνια νόσημα. Σε παρόμοια αποτελέσματα καταλήγει και η παλαιότερη έρευνα στον Καναδά, στην οποία τα άτομα με κακή/σχετικά καλή κατάσταση υγείας και τα άτομα που πάσχουν από χρόνια νόσημα, είχαν 1,68 και 1,76 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναφέρουν ανικανοποίητες ανάγκες (Chen & Hou, 2002). Στην Ιρλανδία τα άτομα με κακή/σχετικά καλή κατάσταση υγείας είχαν 1,79 και 1,51 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναφέρουν ανικανοποίητες ανάγκες σε σχέση με τα άτομα με καλή/πολύ καλή και σχετικά καλή κατάσταση υγείας αντίστοιχα. Επιπλέον στην ίδια έρευνα τα άτομα που πάσχουν από

χρόνιο νόσημα έχουν 1,57 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναφέρουν ανικανοποίητες ανάγκες σε σχέση με τα άτομα που δεν πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα (Connolly & Wren., 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε διερεύνηση των αυτοαναφερόμενων ανικανοποίητων αναγκών με τη χρήση του EU-SILC survey, μέσω ερωτηματολογίου Google Forms, από Σεπτέμβριο έως Νοέμβριο του 2022. Από τους 445 ερωτηθέντες οι 173 (38,9%) ανέφεραν ανικανοποίητες ανάγκες που σχετίζονται με την υγεία. Από τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης προκύπτει ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της εμφάνισης ανικανοποίητων αναγκών και των μεταβλητών του εισοδήματος, της κατάστασης υγείας και της ύπαρξης χρόνιου νοσήματος

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης για την ύπαρξη ανικανοποίητων αναγκών, είναι σημαντικά υψηλότερα με παρόμοια ευρήματα προηγούμενων ερευνών. Είναι ιδιαίτερα σημαντικά για όλους αυτούς που λαμβάνουν αποφάσεις σε περιφερειακό, εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο και θα πρέπει να υπάρξουν πολιτικές για την αποφυγή εμφάνισής τους. Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν τον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει το εισόδημα, η κατάσταση υγείας και η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος στην εμφάνιση ανικανοποίητων αναγκών. Αντικατοπτρίζουν ότι το πιο ευπαθές και εύάλωτο μέρος του πληθυσμού που έχει ανάγκη από ιατρική περίθαλψη αντιμετωπίζει προβλήματα προσβασιμότητας σε δομές υγείας. Τα παραπάνω έρχονται σε αντίθεση με τις αρχές του κοινωνικού κράτους και είναι κρίσιμο να αναπτυχθούν στρατηγικές εστιασμένες σε αυτό το τμήμα του πληθυσμού. Παρά το γεγονός ότι με το νόμο 4368/2016 επετράπη η ελεύθερη πρόσβαση όλων των πολιτών ακόμα και των ανασφάλιστων σε υπηρεσίες υγείας, αυτό πρακτικά δεν φαίνεται να προκύπτει στην πράξη. Επιπλέον η τρέχουσα οικονομική κατάσταση της Ελλάδας είναι πολύ δύσκολη το οποίο μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την περεταίρω αύξηση των ανικανοποίητων αναγκών για ιατρικές υπηρεσίες αυξάνοντας τις ανισότητες στην προσβασιμότητα στην υγειονομική περίθαλψη. Η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας, η ενίσχυση των νοσοκομειακών δομών και η αύξηση της δυναμικότητας τους είναι μερικές από τις στρατηγικές που θα πρέπει να ακολουθηθούν. Πρέπει να υπάρξουν στοχευμένες πολιτικές σε όλους τους κοινωνικούς καθοριστές της υγείας προκειμένου να γίνουν στοχευμένες παρεμβάσεις σε ομάδες που βρίσκονται σε μειονεκτική θέση.

Τέλος θα πρέπει να ληφθεί υπόψιν η επίδραση της μεγάλης λίστας αναμονής στην αποτροπή των ατόμων για έγκαιρη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Επίσης θα πρέπει να διερευνηθεί περαιτέρω και να μας προβληματίσει ότι τα άτομα θέλουν να περιμένουν το πρόβλημα υγείας να περάσει από μόνο του. Η παραπάνω επιλογή οφείλεται σε δυσπιστία στο σύστημα υγείας, αδιαφορία προς το θέμα υγείας ή σε άλλο λόγο; Ενδεχόμενα η επιβάρυνση της κατάστασης της υγείας αυτών που δεν αναζήτησαν ιατρική φροντίδα θα έχει μεγαλύτερη επίπτωση στο μέλλον για το σύστημα, την ποιότητα ζωής τους και το προσδόκιμο επιβίωσης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Adam, P. & Herzlich, C., 1999. Κοινωνιολογία της Ασθένειας και της Ιατρικής. [Sociology of Disease and Medicine]. (Μετάφραση Βασιλικού Κ.). Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτο Πανεπιστήμιο.

Allin, S. & Masseria, C., 2009. Unmet need as an indicator of health care access. *Eurohealth*, 15(3), pp. 7-10.

Andersen, R. M., 1995. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter?. *Journal of Health and Social Behaviour*, 36(1), pp. 1-10.

Arora, V. S., Karanikolos, M., Clair, A., Reeves, A., Stuckler, D. & McKee, M., 2015. The European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC). *International Journal of Epidemiology*, 44(2), pp. 451-461.

Baeten, R., Spasova, S., Vanhercke, B. & Coster, S., 2018. *Inequalities in access to healthcare: A study of national policies*. Available at: <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=20339&langId=en> [Accessed 25 January 2023].

Bradshaw, J., 1972. Bradshaw, Jonathan (1972) Taxonomy of social need. In: McLachlan, Gordon, (ed.) Problems and progress in medical care : essays on current research, 7th series. *Oxford University Press*, pp. 71-82.

Carr, W. & Wolfe, S., 1976. Unmet needs as sociomedical indicators. *International journal of health services*, 6(3), pp. 417-430.

Chen, J. & Hou, F., 2002. Unmet needs for health care. *Chinese Medical Journal*, 13(2), pp. 23-34.

Connolly, S. & Wren, M.-A., 2017. Unmet healthcare needs in Ireland: Analysis using the EU-SILC survey. *Health Policy*, 121(4), pp. 434-431.

Dilek, B., Fatih, D. H. & Selcen, Ö., 2021. The prevalence and determinants of unmet health care needs in Turkey. *Health Policy*, 125(6), pp. 786-792.

European Commission, 2000. *EU Charter of Fundamental Rights*. Available at: https://commission.europa.eu/aid-development-cooperation-fundamental-rights/your-rights-eu/eu-charter-fundamental-rights_en

[Accessed 9 December 2022].

European Union, 2000. Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. *Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων*.

Eurostat, 2020. *Glossary: At risk of poverty or social exclusion (AROPE)*. Available at: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:At risk of poverty or social exclusion \(AROPE\)](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:At_risk_of_poverty_or_social_exclusion_(AROPE))

[Accessed 7 April 2023].

Eurostat, 2021. *EU statistics on income and living conditions*. Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions>

[Accessed 22 March 2023].

Eurostat, 2021. *Self-reported unmet needs for health care by sex, age, specific reasons and educational attainment level*.

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

[Accessed 12 April 2023].

Eurostat, 2022. *General government expenditure by function (COFOG)*.

Available at: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/GOV_10A_EXP_custom_5924516/default/table?lang=en

[Accessed 3 November 2022].

Eurostat, 2022. *Living conditions in Europe - poverty and social exclusion*.

Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics->

[explained/index.php?title=Living conditions in Europe -
_poverty and social exclusion#Poverty and social exclusion](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Living_conditions_in_Europe_-_poverty_and_social_exclusion#Poverty_and_social_exclusion)

[Accessed 25 February 2023].

Eurostat, 2022. *Number of people at risk of poverty or social exclusion.*
Available at: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-
explained/index.php?title=File:Figure1_infogr.jpg](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Figure1_infogr.jpg)

[Accessed 29 November 2022].

Eurostat, 2022. *Persons at risk of poverty or social exclusion.*
Available at: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ILC_PEPS01N\\$DEFAULTVIEW/default/tab
le](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ILC_PEPS01N$DEFAULTVIEW/default/table)

[Accessed 17 January 2023].

Eurostat, 2022. *Persons at risk of poverty or social exclusion by age and sex.*
Available at: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_peps01n/default/table?lang=en

[Accessed 17 January 2023].

Eurostat, 2022. *Persons at risk of poverty or social exclusion by educational attainment level
(population aged 18 and over).*
Available at:

https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_peps04n/default/table?lang=en

[Accessed 17 January 2023].

Eurostat, 2022. *Persons at risk of poverty or social exclusion by income quantile and household
composition,* *ilc_peps03n.*

Available at: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_peps03n/default/table?lang=en

[Accessed 17 January 2023].

Eurostat, 2022. *Persons at risk of poverty or social exclusion by most frequent activity status
(population aged 18 and over).*

Available at:
https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_peps02n/default/table?lang=en
[Accessed 17 January 2023].

Eurostat, 2022. *Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and income quintile.*
Available at:
https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_SILC_08_custom_6019519/default/table?lang=en
[Accessed 12 April 2023].

Eurostat, 2022. *Self-reported unmet needs for specific health care-related services due to financial reasons by sex, age and degree of urbanisation.*
Available at:
https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_un2u/default/table?lang=en
[Accessed 12 April 2023].

Eurostat, 2023. *General government expenditure by function (COFOG).*
Available at:
https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/GOV_10A_EXP_custom_5924516/default/table?lang=en
[Accessed 29 November 2022].

Eurostat, 2023. *General government gross debt - quarterly data.*
Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/teina230/default/table?lang=en>
[Accessed 7 December 2022].

Eurostat, 2023. *HICP - inflation rate.*
Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tec00118/default/table?lang=en>
[Accessed 17 January 2023].

Eurostat, 2023. *Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and income quintile.*
Available at:

https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_SILC_08_custom_5715531/default/table?lang=en

[Accessed 12 April 2023].

Eurostat, 2022. *Self-reported unmet need for medical care by sex*. Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tespm110/default/table?lang=en>

[Accessed 12 April 2023].

Gillion, C., Schieber, G. & Poullier, J. P., 1985. *Measuring health care, 1960-1983: Expenditure, costs, and performance*.

Available at: <https://www.semanticscholar.org/paper/Measuring-health-care%2C-1960-1983%3A-Expenditure%2C-and-Gillion-Schieber/dd3ce1fc30d079f5fa64db9367ddfcd3de7b0295>

[Accessed 13 November 2022].

Hunter, D. J., 2003. *Public Health Policy*. Cambridge: Polity Press.

Kelman, S., 1975. The Social Nature of the Definition Problem in Health. *International Journal of Health Services*, 5(4), pp. 625-642.

Kovacs, J., 1998. The concept of health and disease. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 01 04, p. 9.

Matthew, G. K., 1971. . Measuring need and evaluating services. In McLachlan M (ed) Portfolio for health, problems and progress in medical care. *Oxford University Press*, pp. 27-46.

Nelson, C. H. & Park, J., 2006. The nature and correlates of unmet health care needs in Ontario, Canada. *Social Science & Medicine*, 62(9), pp. 2291-2300.

Nettleton, S., 2002. *KOINΩΝΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ [Sociology of Health and Illness]*. (Μετάφραση Βακάκη Α.). Αθήνα: ΤΥΠΩΘΗΤΩ / ΔΑΡΔΑΝΟΣ.

Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD), 2011. *OECD 50th Anniversary*.

Available at: www.oecd-ilibrary.org/oecd-50th-

[anniversary_5kg23tkzdcsl.pdf?itemId=%2Fcontent%2Fcomponent%2Fhealth_glance-2011-2-en&mimeType=pdf](#)

[Accessed 22 January 2023].

Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD), 2015. *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*. Available at: www.oecd.org/gov/budgeting/Fiscal-Sustainability-of-Health-Systems-Policy-Brief-ENG.pdf

[Accessed 3 March 2023].

Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD), 2020. *Unmet needs for health care: Comparing approaches and results from international surveys*. Available at: www.oecd.org/health/health-systems/Unmet-Needs-for-Health-Care-Brief-2020.pdf

[Accessed 13 April 2023].

Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD), 2022. *Health Statistics 2022*.

Available at: <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>

[Accessed 3 March 2023].

Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD), 2022. *Income inequality*. Available at: <https://data.oecd.org/inequality/income-inequality.htm#indicator-chart>

[Accessed 3 March 2023].

Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD), 2022. *Poverty gap*.

Available at: <https://data.oecd.org/inequality/poverty-gap.htm>

[Accessed 15 February 2023].

Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD), 2022. *Poverty rate*.

Available at: <https://data.oecd.org/inequality/poverty-rate.htm>

[Accessed 15 February 2023].

Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Papadopoulos, A., Tountas Y. & Niakas, D., 2013. Investigating Unmet Health Needs in Primary Health Care Services in a Representative Sample of the Greek Population. *Int J Environ Res Public Health*, 10(5), pp. 2017-2027.

Roberts, J. L. & WHO, 1998. *Terminology : a glossary of technical terms on the economics and finance of health services*. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108335> [Accessed 4 December 2022].

Sanmartin, C., Houle, C. & Berthelot, J.-M., 2002. Changes in unmet health care needs. *Health reports*, 13(3), pp. 15-21.

Shimkin, M. B., 1946. The World Health Organization. *Science*, 104(2700), pp. 281-283.

Sibley, L. M. & Glazier, R. H., 2009. Reasons for Self-Reported Unmet Healthcare Needs in Canada: A Population-Based Provincial Comparison. *Health Policy*, 5(1), pp. 87-101.

Stevens, A. & Gabbay, J., 1991. Needs assessment needs assessment... *Health trends*, 23(1), pp. 20-23.

Stevens, A., Raftery, J. & Mant, J., 2010. *Implementing Joint Strategic Needs Assessment*. Oxford University Press.

World Bank, 2022. *Life expectancy at birth, total (years)*. Available at: <https://data.worldbank.org/topic/health?end=2020&start=2010> [Accessed 9 December 2022].

World Health Organization (WHO), 1946. *Constitution of the World Health Organization*. Available at: <https://www.who.int/about/governance/constitution> [Accessed 3 November 2022].

World Health Organization (WHO), 1981. *Managerial process for national health development, guiding principles*. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38898/1/9241800054.pdf> [Accessed 16 April 2023].

World Health Organization (WHO), 2001. *Macroeconomics and health : investing in health for economic development / report of the Commission on Macroeconomics and Health*. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42435/924154550X.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

[Accessed 5 December 2022].

World Health Organization (WHO), 2018. *Health inequities and their causes*. Διαθέσιμο στο: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes>

[Accessed 3 May 2023].

Δαγτόγλου, Π. Δ., 2012. *Συνταγματικό Δίκαιο - Ατομικά Δικαιώματα*. 4η επιμ. Αθήνα: ΣΑΚΚΟΥΛΑ.

ΕΚΚΕ; Κετσετζοπούλου, Μαρία;, 2019. *Οικονομική ανισότητα, φτώχεια και επίπεδο διαβίωσης στα χρόνια της κρίσης στην Ελλάδα, τη Βουλγαρία και την Ευρωπαϊκή Ένωση*. Διαθέσιμο στο: https://www.ekke.gr/uploads/res_publ/ketsetzopoulou_ereynhtikh_ergasia.pdf [Ημερομηνία πρόσβασης 1 Μαρτίου 2023].

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 1998-2008. *Ευρωπαϊκοί βασικοί δείκτες υγείας (ECHI)*. Διαθέσιμο στο: https://health.ec.europa.eu/indicators-and-data/european-core-health-indicators-echi_el#ref-%CF%80%CE%B1%CF%81%CE%B1%CF%80%CE%BF%CE%BC%CF%80%CE%AD%CF%82

[Ημερομηνία πρόσβασης 18 Δεκεμβρίου 2022].

Κρεμαλής, Κ. Δ., 1987. *Το δικαίωμα για προστασία της υγείας*. Αθήνα: ΣΑΚΚΟΥΛΑΣ.

ΟΗΕ, 2015. *Καλή Υγεία και Ευημερία*. Διαθέσιμο στο: <https://unric.org/el/%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%87%CE%BF%CF%83-3-%CE%BA%CE%B1%CE%BB%CE%B7-%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%B9%CE%B1-%CE%BA%CE%B1%CE%B9->

[%CE%B5%CF%85%CE%B7%CE%BC%CE%B5%CF%81%CE%B9%CE%B1/](#)

[Ημερομηνία πρόσβασης 18 Ιανουαρίου 2023].

Οικονόμου, Χ., 2005. *Κοινωνιολογία της υγείας*. Αθήνα: ΔΙΟΝΙΚΟΣ.

Σαρρής, Μ., 2001. *ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ*. ΑΘΗΝΑ: ΠΑΠΑΖΗΣΗΣ.

Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. & Θεοδώρου, Μ., 2001. *Συστήματα υγείας*. Αθήνα: Παπαζήσης.

Τούντας, Γ., 2000. *Κοινωνία και υγεία*. Αθήνα: Οδυσσέας.

Υπουργείο Υγείας, 2019. *Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο για τη Δημόσια Υγεία*.

Διαθέσιμο στο: <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/ethnika-sxedia-drashs/6237-ethniko-sxedio-drashs-gia-thn-dhmosia-ygeia?fdl=14940>

[Ημερομηνία πρόσβασης 22 Δεκεμβρίου 2022].

Υπουργείο Υγείας, 2022. *EU4health*.

Διαθέσιμο στο: <https://www.moh.gov.gr/articles/diethnh-kai-eyrwpaika-themata-ygeias/10531-programma-eu4health-2021-2017-koines-draseis-2022>

[Ημερομηνία πρόσβασης 21 Ιανουαρίου 2023].

Υφαντόπουλος, Γ. Ν., 2003. *Τα Οικονομικά της Υγείας*. Αθήνα: τυπωθήτω ΓΙΩΡΓΟΣ ΔΑΡΔΑΝΟΣ.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Ερωτηματολόγιο

Ερωτηματολόγιο διερεύνησης ανικανοποίητων αναγκών για ιατρικές υπηρεσίες στη χώρα μας

Η έρευνα εκπονείται στο πλαίσιο της Πτυχιακής Εργασίας με θέμα "Διερεύνηση των ανικανοποίητων αναγκών για ιατρικές υπηρεσίες στην χώρα μας" του προπτυχιακού προγράμματος σπουδών του Τμήματος Διοικητικής Επιστήμης και Τεχνολογίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου.

Το ερωτηματολόγιο, οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν είναι εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς.

Α. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

1. Φύλο

- Άνδρας
- Γυναίκα
- Άλλο

2. Ηλικία

.....

3. Οικογενειακή Κατάσταση

- Έγγαμος/Μέλος Συμφώνου Συμβίωσης
- Άγαμος
- Διαζευγμένος
- Χήρος

4. Αριθμός Παιδιών

.....

5. Μορφωτικό Επίπεδο

- Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση
- Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση
- Τριτοβάθμια Εκπαίδευση
- Κάτοχος Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού τίτλου

6. Επαγγελματική Κατάσταση

- Ιδιωτικός Υπάλληλος
- Δημόσιος Υπάλληλος
- Ελεύθερος Επαγγελματίας
- Συνταξιούχος
- Άνεργος
- Φοιτητής
- Μαθητής

7. Τόπος Κατοικίας

Νομός

.....

Πόλη

.....

8. Ετήσιο Ατομικό Εισόδημα (σε ευρώ)

- 0 – 5.000
- 5.001 – 10.000
- 10.001 – 15.000
- 15.001 – 20.000
- 20.001 – 25.000
- 25.001 – 30.000
- 30.001 – 35.000
- 35.001 – 40.000
- 40.001 – 45.000
- Άνω των 45.000

9. Ασφαλιστική Κατάσταση

- Δημόσια
- Ιδιωτική
- Δημόσια και Ιδιωτική
- Ανασφάλιστος

B. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

10. Πως θα περιγράφατε την κατάσταση υγείας σας

- Κακή
- Μέτρια
- Καλή
- Πολύ καλή

11. Πάσχετε από κάποιο χρόνια νόσημα;

- Ναι
- Όχι

12. Αν ναι, ποιο ή ποια από τα παρακάτω:

- Μυοσκελετικό
- Αναπνευστικό
- Καρδιολογικό
- Ψυχιατρικό
- Σακχαρώδης Διαβήτης
- Κακοήθεια
- Αυτοάνοσο
- Άλλο

13. Υπήρξε κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών που πραγματικά χρειαστήκατε ιατρική εξέταση ή θεραπεία για κάποιο πρόβλημα υγείας αλλά δεν τη λάβατε;

- Ναι
- Όχι

14. Ποιος ήταν ο κύριος λόγος που δεν λάβατε ιατρική εξέταση ή θεραπεία;

- Δεν μπορούσα να αντέξω οικονομικά (πολύ ακριβή)
- Λίστα Αναμονής
- Δεν μπορούσα να πάρω άδεια από την εργασία/από τη φροντίδα των παιδιών
- Πολύ μακριά για να ταξιδέψω ή δεν υπήρχε μεταφορικό μέσο
- Φόβος για τον ιατρό/εξέταση/θεραπεία
- Ήθελα να περιμένω και να δω αν το πρόβλημα θα βελτιωθεί από μόνο του
- Δεν γνώριζα κάποιον καλό γιατρό
- Άλλος λόγος

15. Ο παραπάνω λόγος θεωρείτε ότι επιδείνωσε την υγεία σας;

- Ναι
- Όχι

Σας ευχαριστώ για το χρόνο σας!