

Διερεύνηση των Ανικανοποίητων Αναγκών Υγείας Ευάλωτων Πληθυσμιακών Ομάδων την Περίοδο της Οικονομικής Κρίσης στην Ελλάδα

Χριστίνα Τσιρωνά,¹ Όλγα Σίσκου,²
Πέτρος Γαλάνης,³ Δάφνη Καϊτελίδου⁴

**Investigating Unmet Health
Needs of Vulnerable Groups
Amid the Economic Crisis
in Greece**

Abstract at the end of the article

¹Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD(c),
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη,
²Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD,
Ακαδημαϊκή Υπότροφος,
Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ,
³Νοσηλεύτης ΠΕ, MSc, PhD,
ΕΔΙΠ Τομέα Δημόσιας Υγείας,
Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ,
⁴Αναπληρώτρια Καθηγήτρια,
Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, Αθήνα

Υποβλήθηκε: 31/03/2019
Επανυποβλήθηκε: 30/04/2019
Εγκρίθηκε: 15/05/2019

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Όλγα Σίσκου
Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης
Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ,
Παπαδιαμαντοπούλου 123, 115 27 Αθήνα
e-mail: olsiskou@nurs.uoa.gr
olga.siskou@ouc.ac.cy

Εισαγωγή: Οι ανικανοποίητες ανάγκες υγείας, ιδιαιτέρως μάλιστα των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων, αποτελούν αναμφισβήτητα πρόκληση για τα συστήματα υγείας, δεδομένης της τρέχουσας οικονομικής ύφεσης. Προκύπτουν από εμπόδια που σχετίζονται είτε με το σύστημα υγείας είτε με προσωπικά χαρακτηριστικά και ατομικές συμπεριφορές. **Σκοπός:** Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι διττός: αφενός η εκτίμηση της επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα στις ανικανοποίητες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων και αφετέρου ο προσδιορισμός των παραγόντων που μπορεί να σχετίζονται με αυτά τα προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. **Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση άρθρων στις ηλεκτρονικές βάσεις PUBMED/MEDLINE και στη μηχανή αναζήτησης GOOGLE SCHOLAR. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: ανικανοποίητες ανάγκες υγείας, προσβασιμότητα, οικονομική κρίση, ανισότητες, Ελλάδα. Τα άρθρα που συμπεριελήφθησαν (γραμμένα στην ελληνική και αγγλική γλώσσα) κάλυψαν τη χρονική περίοδο πριν και κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, δηλαδή το διάστημα 2004–2017. **Αποτελέσματα:** Κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, οι ανικανοποίητες ανάγκες των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων αυξήθηκαν σημαντικά, αντανακλώντας σοβαρά προβλήματα πρόσβασης στις απαραίτητες φροντίδες υγείας. Μεταξύ των πιο συχνά αυτοαναφερόμενων αιτιών για τη μη χρήση κάποιας υπηρεσίας υγείας βρίσκονται, το υψηλό κόστος, οι μεγάλες λίστες αναμονής και η έλλειψη χρόνου. Τα άτομα χαμηλού

κοινωνικοοικονομικού προφίλ, χωρίς ασφάλεια υγείας, οι γυναίκες και οι παντρεμένοι με παιδιά βρέθηκε να δηλώνουν συχνότερα μη ικανοποιημένες ανάγκες υγείας σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. **Συμπεράσματα:** Η Ελλάδα βρίσκεται στις χώρες με τα υψηλότερα (συγκριτικά με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες) ποσοστά ανικανοποίητων αναγκών στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Αναδεικνύεται, λοιπόν, η ανάγκη ανασχεδιασμού του τρόπου παροχής της υγειονομικής φροντίδας και η λήψη μέτρων σε τοπικό και εθνικό επίπεδο ώστε αυτή να παρέχεται ισότιμα προς όλους στη βάση των πραγματικών τους αναγκών.

Λέξεις-ευρητήριο: Ανικανοποίητες ανάγκες υγείας, Προσβασιμότητα, Οικονομική κρίση, Ανισότητες, Ελλάδα.

Εισαγωγή

Το φθινόπωρο του 2007 σηματοδότησε την έναρξη μιας οικονομικής κρίσης στην Ευρώπη, η οποία επηρέασε τα ευρωπαϊκά κράτη μέλη σε διαφορετικό βαθμό και με ανυπολόγιστες κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές συνέπειες. Ως αποτέλεσμα της οικονομικής ύφεσης, σημειώθηκε σημαντική μείωση του ΑΕΠ, συνοδευόμενη από αύξηση της ανεργίας και της φτώχειας.¹

Η Ελλάδα είναι ίσως η χώρα που πλήττεται περισσότερο από την ευρωπαϊκή χρηματοπιστωτική κρίση και αντιμετωπίζει τη μεγαλύτερη οικονομική ύφεση της σύγχρονης ιστορίας.² Είναι γεγονός ότι η οικονομική κρίση στην Ελλάδα απασχολεί την παγκόσμια οικονομική κοινότητα.³ Οι σοβαρές διαρθρωτικές αδυναμίες στη δημόσια διοίκηση, την οικονομία και την κοινωνία γενικότερα ευθύνονται σημαντικά για όλες αυτές τις ανεπάρκειες. Τον Μάιο του 2010, η χώρα τέθηκε υπό την εποπτεία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, της Ευρωπαϊκής Τράπεζας και του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου και υπέγραψε το Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής και την αναθεώρησή του το φθινόπωρο του 2010. Το Μνημόνιο ανάμεσα στην «Τρόικα» της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα, το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και την Ελληνική Κυβέρνηση επέβαλε προγράμματα οικονομικής προσαρμογής, αυστηρές περικοπές στις δημόσιες δαπάνες, επώδυνες περικοπές μισθών για την ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας και σημαντικές αυξήσεις φόρων για τη συγκέντρωση των εσόδων.

Οι περικοπές και το μειωμένο διαθέσιμο εισόδημα δεν θα μπορούσαν να μην επηρεάσουν και την πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Η ευχερής πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την επίτευξη καλού επιπέδου υγείας και η πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας οδηγεί

σε καλή ποιότητα ζωής.^{4,5} Είναι και θα πρέπει να παραμείνει προτεραιότητα των περισσότερων αναπτυσσόμενων χωρών η παροχή ισότιμης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη όταν οι πολίτες τη χρειάζονται.

Αποτελεί γεγονός η ύπαρξη σημαντικών ανισοτήτων για διαφορετικές ομάδες ατόμων, όπως εθνικές μειονότητες, γυναίκες, ηλικιωμένοι, άνεργοι, φτωχοί, άτομα χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου και όσοι ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές ή σε ανεπαρκείς συνθήκες στέγασης.⁶⁻¹⁰ Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας μπορεί να αποτραπεί για λόγους που είτε σχετίζονται με τη λειτουργία του ίδιου του συστήματος υγείας (όπως το κόστος για μια επίσκεψη σε γιατρό ή ιατρική θεραπεία, η απόσταση στην κοντινότερη δομή φροντίδας υγείας ή οι λίστες αναμονής) είτε για προσωπικούς λόγους (φόβος για έλλειψη κατανόησης από τον επαγγελματία υγείας, έλλειψη χρόνου για αναζήτηση φροντίδας υγείας).¹¹

Η μέτρηση των ανικανοποίητων αναγκών υγείας αποτελεί μια προσέγγιση για την εκτίμηση του βαθμού ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Η οικονομική κρίση ανάγκασε πολλά άτομα να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους σχετικά με την προσφυγή τους στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης οδηγώντας τους στην αποφυγή των υπηρεσιών υγείας, καθώς αδυνατούσαν να καλύψουν το κόστος.

Η επίπτωση της οικονομικής κρίσης στην πρόσβαση των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων στις υπηρεσίες υγείας είναι αναμφισβήτητη. Σύμφωνα, άλλωστε, και με πορίσματα μελετών του ΠΟΥ, σε περιόδους σοβαρής οικονομικής ύφεσης, αυτοί που επηρεάζονται περισσότερο είναι αυτοί που ανήκουν σε χαμηλές κοινωνικοοικονομικές ομάδες.¹² Στις ευάλωτες ομάδες συμπεριλαμβάνονται οι ανασφάλιστοι, οι άνεργοι, οι ηλικιωμένοι, οι μετανάστες, τα παιδιά, οι πάσχοντες από χρόνιες παθήσεις και ψυχικές διαταραχές, οι οποίοι επλήγησαν σημαντικά από

την οικονομική κρίση στην Ελλάδα και βρέθηκαν αντιμέτωποι με αυξημένες ανισότητες στον τομέα της υγείας. Αυτές οι ανισότητες μπορεί εύστοχα να αποτυπωθούν από τις αυτοαναφερόμενες ανικανοποίητες ανάγκες υγείας, οι οποίες είναι δυνατόν να επηρεάσουν το προφίλ υγείας αυτών των ατόμων.

Σύμφωνα με στοιχεία της EUROSTAT, οι αυτοαναφερόμενες ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας για ιατρική εξέταση στην Ελλάδα λόγω υψηλού κόστους ή μακρινής απόστασης ή μεγάλης λίστας αναμονής για τα άτομα που ανήκουν στις χαμηλότερες εισοδηματικές κατηγορίες, ακολούθησαν μια αυξητική τάση από 8,8% το 2008 αγγίζοντας τη μέγιστη τιμή το 2016 οι οποίες έφτασαν στο 35,2%, όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι αντίστοιχες ανάγκες για τους χαμηλοεισοδηματίες στην ΕΕ28 παρουσιάζουν σημαντική διαφορά, καθώς αυτές κυμάνθηκαν από 5,7% το 2008 με τη μέγιστη τιμή το 2014 όπου οι ανικανοποίητες ανάγκες έφτασαν μόλις στο 6,4%. Από την άλλη πλευρά, το ποσοστό των ατόμων με χαμηλό εισόδημα που αναφέρει ανικανοποίητες ανάγκες υγείας αποκλειστικά εξαιτίας του κόστους σχεδόν πενταπλασιάστηκε από 7,1% το 2008 σε 34,3% το 2016 στην Ελλάδα, διευρύνοντας ακόμη περισσότερο το χάσμα μεταξύ πλούσιων και φτωχότερων (εικόνα 1).¹³

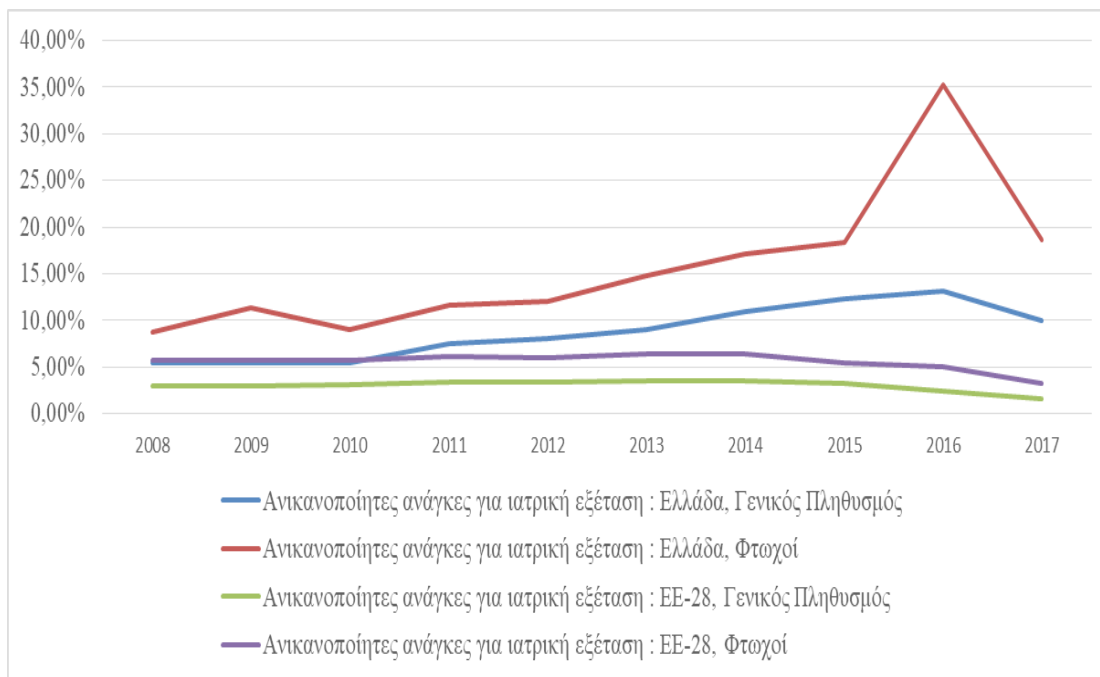
Η πρόσβαση στην κατάλληλη υγειονομική περίθαλψη αποτελεί σημαντική παράμετρο, ιδίως για τους ασθενείς

που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις, οι οποίοι αποτελούν μια ομάδα με πολλές ανάγκες για φροντίδα υγείας, ο αριθμός τους είναι υψηλός και αυξάνεται συνεχώς στις αναπτυγμένες χώρες.¹⁴ Επομένως, οι δυσκολίες στην πρόσβαση που εμφανίζονται σε περιόδους οικονομικής κρίσης γι' αυτή την κατηγορία ασθενών, είναι ένα θέμα και πολιτικό ζήτημα υψίστης σημασίας, δεδομένης της επίδρασης της κρίσης στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης και της αυξημένης ευπάθειας των χρόνιων ασθενών.^{15,16}

Λόγω της γενικότερης οικονομικής ύφεσης και της ανεργίας που εκτοξεύτηκε με ραγδαίους ρυθμούς κατατάσσοντας την Ελλάδα πρώτη στην ανεργία μέσα στην Ευρωζώνη, ένα μεγάλο μέρος του ελληνικού πληθυσμού βρέθηκε αντιμέτωπο με τον κίνδυνο της φτώχειας, του κοινωνικού αποκλεισμού και την απώλεια της ασφαλιστικής του κάλυψης. Τα μέτρα λιτότητας που επέφερε η οικονομική κρίση ήταν αναπόφευκτο να μην επηρεάσουν και την πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας.

Σκοπός

Με την παρούσα εργασία επιχειρείται η διερεύνηση της επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην πρόσβαση των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων στις υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας και συγκεκριμένα η αποτύπωση των ανικανοποίητων αναγκών υγειονομικής περίθαλψης και ο



Εικόνα 1. Διαχρονική εξέλιξη των αυτοαναφερόμενων ανικανοποίητων αναγκών υγείας για ιατρική εξέταση στην Ελλάδα και την ΕΕ28 (υψηλό κόστος, απόσταση, λίστες αναμονής). Πηγή: Eurostat, 2019.

προσδιορισμός των παραγόντων που μπορεί να σχετίζονται με τα προβλήματα πρόσβασης αυτής της ιδιαίτερης πληθυσμιακής ομάδας.

Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση άρθρων στις ηλεκτρονικές βάσεις PubMed/Medline και στη μηχανή αναζήτησης επιστημονικών άρθρων GOOGLE SCHOLAR ώστε να εντοπιστούν μελέτες που αφορούν στην οικονομική κρίση και τα αποτελέσματά της στην προσβασιμότητα των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων. Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: οικονομική κρίση (economic crisis), ανικανοποίητες ανάγκες υγείας (unmet health needs), προσβασιμότητα (accessibility), ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες (vulnerable groups), ανισότητες (inequalities), Ελλάδα (Greece).

Αρχικά, κατά την αναζήτηση μελετών γινόταν ανάγνωση και αξιολόγηση του τίτλου και της περίληψης κάθε άρθρου, προκειμένου να αποφασιστεί εάν θα συμπεριληφθεί στην παρούσα ανασκόπηση και στη συνέχεια εντοπίστηκαν και κατεγράφησαν τα βασικά χαρακτηριστικά τους. Τα κριτήρια εισαγωγής που τέθηκαν είναι τα εξής: επιλογή ερευνητικών μελετών που δημοσιεύθηκαν σε επιστημονικά περιοδικά κατά τη δεκαετία της οικονομικής ύφεσης όπως και κάποια χρόνια πριν από την εκδήλωσή της (ώστε να είναι εφικτή η διαχρονική σύγκριση) και συγκεκριμένα κατά τα έτη 2004–2017, άρθρα γραμμένα στην αγγλική και ελληνική γλώσσα, δημοσιευμένα σε επιστημονικά άρθρα και μελέτες που διεξήχθησαν στην Ελλάδα. Επιπλέον, άρθρα τα οποία στον τίτλο ή την περίληψη εμφάνιζαν τους όρους αναζήτησης και το περιεχόμενό τους ρητά αναφερόταν στις επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία ή την προσβασιμότητα, συμπεριελήφθησαν. Από την άλλη πλευρά, μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε άλλες χώρες και δημοσιεύσεις που το πλήρες κείμενό τους δεν ήταν διαθέσιμο απευθείας στον αναγνώστη αποκλείστηκαν από την ανασκόπηση.

Αποτελέσματα

Η οικονομική κρίση ώθησε άτομα προερχόμενα από ευάλωτες ομάδες να αλλάξουν συμπεριφορά ως προς τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, αποφεύγοντας πολλές φορές τη λήψη υπηρεσιών υγείας, ακόμη και αν αυτό είναι αναγκαίο, καθώς αδυνατούν να καλύψουν τα έξοδα.

Στους πίνακες 1 και 2 παρουσιάζονται κάποια βασικά χαρακτηριστικά των μελετών που πραγματοποιούνται τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην πρόσβαση των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων στις υπηρεσίες υγείας.

Σε συγχρονική μελέτη που διεξήχθη το 2011 λήφθηκαν υπόψη τα χαρακτηριστικά των αθίγγανων που διαμένουν

μόνιμα σε καταυλισμούς σε δύο επαρχιακές πόλεις της Πελοποννήσου αναφορικά με την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας. Από τη μελέτη προέκυψε ότι το 44,7% των συμμετεχόντων ανέφερε ανικανοποίητες ανάγκες υγείας με τους σημαντικότερους λόγους για τη μη αναζήτηση ιατρικής φροντίδας να αποτελούν η δυσκολία μετακίνησης (23,5%), το υψηλό κόστος της φροντίδας υγείας (26,1%) και ο μεγάλος χρόνος αναμονής στα νοσοκομεία (10,9%).¹⁷

Αναλύοντας τα αποτελέσματα μίας πιλοτικής συγχρονικής μελέτης που αφορούσε στην πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας, η οποία διεξήχθη το 2012 στην Ελλάδα, προέκυψε ότι το 62,3% των συμμετεχόντων εξέφρασε ανικανοποίητες ανάγκες υγείας. Ανάμεσα στους πιο σημαντικούς λόγους που αναφέρθηκαν ήταν οι μεγάλες λίστες αναμονής στα νοσοκομεία, οι δυσκολίες στην επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας, το υψηλό κόστος και η πολυπλοκότητα του συστήματος υγείας, ευρήματα τα οποία επιβεβαιώνονται και από άλλες μελέτες.^{18–23} Ακόμη μεγαλύτερο είναι το πρόβλημα για τους μετανάστες που διαμένουν παράνομα στη χώρα, «χωρίς χαρτιά», οι οποίοι έχουν πρόσβαση μόνο σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε περιπτώσεις επείγουσας κατάστασης και των οποίων οι ανικανοποίητες ανάγκες υγείας άγγιξαν το 62%, το 2013. Το 53% των μεταναστών «χωρίς χαρτιά» δυσκολεύτηκε σημαντικά στο να έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, με βασικά εμπόδια το κόστος και τις μεγάλες λίστες αναμονής.²⁴

Σύμφωνα με άλλη συγχρονική μελέτη η οποία διεξήχθη από τον Μάιο του 2013 έως τον Φεβρουάριο του 2014, σε εθνικό επίπεδο, σε 928 μετανάστες που κατείχαν νομιμοποιητικά έγγραφα, το 20,2% των συμμετεχόντων χρειάστηκε τουλάχιστον μία φορά κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου υπηρεσίες υγείας αλλά δεν είχε την οικονομική δυνατότητα να καλύψει το κόστος αυτών. Επιπλέον προβλήματα που αναφέρθηκαν ήταν η ανεπαρκής γνώση των διαθέσιμων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής στα νοσοκομεία, οι δυσκολίες επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας και το υψηλό κόστος της φροντίδας υγείας.²⁵

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα συγχρονικής μελέτης που διεξήχθη σε έξι ευρωπαϊκές χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, κατά την περίοδο 2003–2004, σε οικογενειακούς φροντιστές ηλικιωμένων, οι ανικανοποίητες ανάγκες υγείας των ηλικιωμένων στην Ελλάδα, ανέρχονταν στο 61,5%. Η σχέση μεταξύ του αριθμού των μη ικανοποιούμενων αναγκών φροντίδας και των υπηρεσιών υγείας που χρησιμοποιήθηκαν, φαίνεται να είναι ουδέτερη, με εξαίρεση την Ελλάδα όπου παρατηρήθηκε η χαμηλότερη χρήση υπηρεσιών υγείας (1,6 κατά μέσον όρο διαφορετικές υπηρεσίες υγείας τους τελευταίους έξι

Πίνακας 1. Μελέτες που αναφέρονται σε ανικανοποίητες ανάγκες υγείας αθιγγάνων και μεταναστών στην Ελλάδα.

Συγγραφείς	Χωροχρονικά στοιχεία	Αντικείμενο μελέτης	Μελετώμενος πληθυσμός	Είδος μελέτης	Βασικά ευρήματα
Galanis et al, 2012 (17)	1 Φεβρουαρίου - 31 Μαρτίου 2011	Εκτίμηση της γνώσης και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, στην επαρχία, από αθιγγανούς	103 αθιγγανοί που διέμεναν μόνιμα σε καταυλισμούς αθιγγανών στην Καλαμάτα και στη Σπάρτη	Συγχρονική μελέτη	Το 44,7% των συμμετεχόντων αναφέρει ανικανοποίητες ανάγκες υγείας με τα σημαντικότερα προβλήματα να αποτελούν η δυσκολία μετακίνησης (23,5%), το υψηλό κόστος της φροντίδας υγείας (26,1%) και ο μεγάλος χρόνος αναμονής στα νοσοκομεία (10,9%)
Galanis et al, 2013 (18)	Ιανουάριος-Απρίλιος 2012, Αθήνα	Διερεύνηση των αντιλαμβανόμενων εμποδίων στην πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών φροντίδας υγείας από μετανάστες, στην Ελλάδα	191 μετανάστες οι οποίοι ζούσαν στην Ελλάδα για λιγότερο από δέκα χρόνια	Πολιτική συγχρονική μελέτη	Το 62,3% των συμμετεχόντων χρειάστηκε τουλάχιστον μια φορά υπηρεσίες υγείας τις οποίες δεν είχε την οικονομική δυνατότητα να λάβει. Μεταξύ των σημαντικότερων προβλημάτων ήταν οι μεγάλες λίστες αναμονής στα δημόσια νοσοκομεία (12,6%), η δυσκολία επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας, το υψηλό κόστος (34,5%) και η έλλειψη ελεύθερου χρόνου (9,2%)
Kentikelenis et al, 2015 (24)	Ιανουάριος 2007-Φεβρουάριος 2014, Ελλάδα	Εντοπισμός του τρόπου με τον οποίο οι οικονομικές μεταβολές επηρεάζουν τους μεταναστευτικούς πληθυσμούς και τα λοιμώδη νοσήματα	Μετανάστες που συνδέονται με αυξημένη έκθεση σε παράγοντες κινδύνου για μεταδοτικές ασθένειες	Συστηματική-αφηγηματική ανασκόπηση	Το 62% των μεταναστών που διαμένουν παράνομα στη χώρα, «χωρίς χαρτιά», αναφέρει ανικανοποίητες ανάγκες υγείας, το 2013. Το 53% των μεταναστών «χωρίς χαρτιά» δυσκολεύτηκε σημαντικά στο να έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, με βασικά εμπόδια το κόστος και τις μεγάλες λίστες αναμονής
Lemonidou et al, 2014 (25)	Μάιος 2013-Φεβρουάριος 2014, Ελλάδα	Εντοπισμός και ανάλυση των περιορισμών στην πρόσβαση και ποιότητα των υπηρεσιών υγείας για τους μετανάστες στην Ελλάδα	928 μετανάστες που διαβίουν νόμιμα στη χώρα μας	Μεγάλης κλίμακας συγχρονική μελέτη	Το 20,2% των συμμετεχόντων χρειάστηκε τουλάχιστον μία φορά να χρησιμοποιήσει κάποια υπηρεσία υγείας κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου, αλλά δεν είχε την οικονομική δυνατότητα. Ανάμεσα στα σημαντικότερα προβλήματα ήταν η ανεπαρκής γνώση των διαθέσιμων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής στα νοσοκομεία, οι δυσκολίες επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας και το υψηλό κόστος της φροντίδας υγείας

Πίνακας 2. Μελέτες που αναφέρονται σε ανικανοποίητες ανάγκες υγείας, χρονίως πασχόντων/ηλικιωμένων και φτωχών στην Ελλάδα.

Συγγραφείς	Χωροχρονικά στοιχεία	Αντικείμενο μελέτης	Μελετώμενος πληθυσμός	Είδος μελέτης	Βασικά ευρήματα
National School of Public Health, Department of Health Economics (27)	Ελλάδα, 2013	Η αποτύπωση της άποψης ασθενών που πάσχουν από κάποια χρόνια νοσήματα και η ανάδειξη των προβλημάτων και εμπόδων που προκύπτουν από την επιβάρυνση στους οικογενειακούς πρό-υπολογισμούς τους εξαιτίας της οικονομικής κρίσης	Διεξαγωγή τηλεφωνικών συνεντεύξεων σε δείγμα 1.496 χρω-νικών ασθενών, συγκεκριμένα σε 400 πάσχοντες από υπέρ-ταση, 375 από σακχαρώδη δια-βήτη, 365 από ΧΑΠ, 356 από Alzheimer, μονίμων κατοίκων της Αθήνας, της Θεσσαλονίκης, της Πάτρας, της Λάρισας, του Ηρακλείου, των Ιωαννίνων, της Αλεξανδρούπολης, της Λαμίας, της Τρίπολης, του Βόλου και της Κοζάνης	Συγχρονική μελέτη	<p>-Το 64% των ασθενών που πάσχει από χρό-νια νοσήματα αντιμετωπίζει δυσκολίες στην πρόσβαση ιατρικής φροντίδας λόγω οικο-νομικών περιορισμών, ενώ το 60% λόγω έλλειψης χρόνου και κυρίως λόγω λίστας αναμονής.</p> <p>-Το εισόδημα και το εκπαιδευτικό επίπεδο αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες της προσβασιμότητας σε υπηρεσίες υγείας γι' αυτή την κατηγορία ασθενών, η αύξηση των οποίων μειώνει την πιθανότητα τέτοιου εί-δους προβλημάτων, με τους ανέργους να αποτελούν την πιο ευπαθή ομάδα.</p> <p>-Η πιθανότητα αντιμετώπισης προβλημάτων λόγω έλλειψης χρόνου σχετίζεται με το ει-σόδημα και το μορφωτικό επίπεδο, ενώ για τους μισθτούς και ανέργους πιο πιθανό εμπόδιο αποτελούν οι μεγάλες λίστες ανα-μονής</p>
Kyriopoulos Ilias-Ioannis et al, 2014 (29)	Μάρτιος 2013	Διερεύνηση της σπου-δαιότητας των εμπο-δίων στην πρόσβα-ση σε υπηρεσίες υγείας για τους χρό-νιους ασθενείς και τα κοινωνικοοικονομι-κά και δημογραφικά χαρακτηριστικά που τους επηρεάζουν	1.594 χρόνιοι ασθενείς που υπέ-φεραν από διαβήτη, υπέρταση, ΧΑΠ και Alzheimer	Συγχρονική μελέτη	<p>-Το 25% των χρονίως πασχόντων ασθενών εκ-φράζει ανικανοποίητες ανάγκες υγείας εξαι-τίας γεωγραφικών εμποδίων, ενώ το 63,5% και το 58,5% λόγω οικονομικών εμποδίων και λίστας αναμονής, αντίστοιχα</p> <p>-Η ανεργία αποτελεί σημαντικό παράγοντα που σχετίζεται με δυσκολίες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης</p> <p>-Η πιθανότητα εμφάνισης εμποδίων από λι-στες αναμονής είναι μεγαλύτερη για τους ανέργους, τους εργαζόμενους και τους ασθενείς με χαμηλό εισόδημα. Οι χρόνιοι ασθενείς με υψηλά εισοδήματα μπορούν να αυξήσουν τις εναλλακτικές λύσεις, προκειμέ-νου να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας</p>
Zavras et al, 2016 (32)	- Αναλύσεις χρονολογι-κών σειρών για τα έτη 2004- 2011 (Χρήση της βάσης δεδομένων της EU-SILC) και - Δεδομένα από δύο εθνικές έρευνες που διεξήχθησαν το 2006 και 2011 αντίστοιχα από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας	Εκτίμηση της επίδρα-σης της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα στις ανικανοποίητες ανάγκες υγείας	Δεδομένα από 4.003 άτομα το 2006 και 6.569 το 2011 από το σύνολο του ενγλήκου πληθυ-σμού της χώρας	-Αναλύσεις χρονο-λογικών σειρών -Ημι-δομημένες-ατομικές συνε-ντεύξεις στον χώρο κατοικίας το 2006 -Τηλεφωνικές συνεντεύξεις το 2011	<p>Οι ανικανοποίητες ανάγκες υγείας αυξήθη-καν μετά τη θέσπιση μέτρων λιτότητας. Το εισόδημα, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η απα-σχόληση και η ύπαρξη ασφάλειας υγείας, δημόσιας ή ιδιωτικής ήταν σημαντικοί καθο-ριστικοί παράγοντες ανικανοποίητων ανα-γκών υγείας εξαιτίας οικονομικών λόγων. Συγκεκριμένα, οι ανικανοποίητες ανάγκες υγείας ήταν πιο πιθανό να εμφανιστούν στις κατώτερες εισοδηματικές ομάδες, σε άτο-μα χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου, στους ανέργους και σε αυτούς που δεν διαθέτουν ασφάλεια υγείας</p>

Συνεχίζεται

Πίνακας 2. Συνέχεια.

Συγγραφείς	Χωροχρονικά στοιχεία	Αντικείμενο μελέτης	Μελετώμενος πληθυσμός	Είδος μελέτης	Βασικά ευρήματα
Pappa Evelina et al, 2013 (28)	Ελλάδα, 2010	Εκτίμηση της έκτασης των ανικανοποίητων αναγκών και αναγνώριση των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων και των παραγόντων που είναι ενδεικτικοί της κατάστασης υγείας, που σχετίζονται με τις ανικανοποίητες ανάγκες	Αντιπροσωπευτικό δείγμα 1000 ενηλίκων, 18 ετών και άνω, που διέμεναν σε αστικές και αγροτικές περιοχές της Ελλάδας. Συλλογή δεδομένων μέσω προσωπικών συνεντεύξεων	Συγχρονική μελέτη	<p>-Το 9,9% των ερωτώμενων ανέφερε ανικανοποίητες ανάγκες με τις πιο συχνά αναφερόμενες αιτίες το κόστος (25,4%), την έλλειψη χρόνου λόγω οικογενειακών και επαγγελματικών υποχρεώσεων (23,9%) και τις λίστες αναμονής (12,7%).</p> <p>-Πολλοί περισσότεροι από δύο φορές πιο πολλές πιθανότητες να εκδηλώσουν ανικανοποίητες ανάγκες είχαν αυτοί που είχαν ανάγκη για ιατρικές συμβουλές (δηλαδή οι χρονίως πάσχοντες)</p> <p>-Η κακή ψυχική υγεία αύξησε τις πιθανότητες για ανικανοποίητες ανάγκες</p>
Karantakos M, Kentikelenis A, 2016 (45)	Πρόσφατα δεδομένα από τη διευρωπαϊκή έρευνα για το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης (EU-SILC), 2008-2013	Διερεύνηση των ανισοτήτων στην υγεία μετά από τα μέτρα λιτότητας στην Ελλάδα	Συνεντεύξεις από 100.000 ιδιωτικά νοικοκυριά και 200.000 άτομα ηλικίας 16 ετών και άνω	Συγχρονική μελέτη	<p>Το ποσοστό των ατόμων με χαμηλό εισόδημα που αναφέρει ανικανοποίητες ανάγκες υγείας εξαιτίας του κόστους διπλασιάστηκε από 7% το 2008 σε 13,9% το 2013. Το χάσμα μεταξύ πλούσιων και φτωχότερων σχεδόν δεκαπλασιάστηκε όσον αφορά στις αναφερόμενες ανικανοποίητες ανάγκες. Επιπλέον, άλλες ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες που έχουν επηρεαστεί είναι οι αντανάστες χωρίς χαρτιά, των οποίων οι ανικανοποίητες ανάγκες άγγιξαν το 62%, και οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Το 53% των μεταναστών χωρίς χαρτιά δυσκολεύτηκε σημαντικά στο να έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, με βασικά εμπόδια το κόστος και τις μεγάλες λίστες αναμονής. Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη επιδεινώθηκε και για τους άστεγους κατά τη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης.</p>

μήνες από τις 8 που ήταν ο μέγιστος αριθμός) όπως και ο μεγαλύτερος αριθμός ανεκπλήρωτων αναγκών φροντίδας υγείας (2,4 μέσος αριθμός ανεκανοποιητών αναγκών υγείας από τις 4 που ήταν ο μέγιστος αριθμός). Οι νοτιοανατολικές χώρες μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, φάνηκε να καταγράφουν τις δυσμενέστερες αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης τόσο στο επίπεδο της παρεχόμενης φροντίδας υγείας όσο και στις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας.²⁶

Με βάση τα αποτελέσματα μεταγενέστερης μελέτης σχετικά με τα εμπόδια πρόσβασης που αντιμετωπίζουν ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, προέκυψε ότι το 64% αυτών των ασθενών αντιμετωπίζει δυσκολίες στην πρόσβαση σε υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας λόγω οικονομικών περιορισμών, ενώ το 60% λόγω έλλειψης χρόνου και κυρίως λόγω της λίστας αναμονής. Η αύξηση του εισοδήματος και το υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο βρέθηκε ότι μειώνουν την πιθανότητα αντιμετώπισης αυτού του είδους των προβλημάτων. Μεταξύ των πασχόντων από χρόνια νοσήματα οι άνεργοι βρέθηκε να αντιμετωπίζουν τα περισσότερα προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Η πιθανότητα αντιμετώπισης προβλημάτων λόγω έλλειψης χρόνου μειώνεται με την αύξηση του εισοδήματος και του εκπαιδευτικού επιπέδου, ενώ για τους μισθωτούς και άνεργους πιο πιθανό εμπόδιο αποτελούν οι μεγάλες λίστες αναμονής.²⁷

Μια άλλη συγχρονική μελέτη διερεύνησε τους παράγοντες που σχετίζονται με τις ανεκανοποιητές ανάγκες υγείας των χρονίως πασχόντων. Περισσότερο από δύο φορές πιο πολλές πιθανότητες να εκφράσουν ανεκανοποιητές ανάγκες είχαν αυτοί που είχαν ανάγκη για ιατρικές συμβουλές (δηλαδή οι χρόνιοι πάσχοντες) και επιπλέον η κακή ψυχική υγεία αύξησε τις πιθανότητες για ανεκανοποιητές ανάγκες.²⁸

Σύμφωνα με συγχρονική μελέτη που διεξήχθη το 2013 στην Ελλάδα σε 1.594 χρόνιους ασθενείς μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων, διαπιστώθηκε ότι ανεκανοποιητές ανάγκες υγείας ανέφερε το 25% των χρόνιων ασθενών λόγω γεωγραφικών εμποδίων, ενώ το 63,5% και το 58,5% λόγω οικονομικών εμποδίων και λίστες αναμονής, αντίστοιχα. Επιπλέον, η ανεργία βρέθηκε να αποτελεί σημαντικό παράγοντα που σχετίζεται με δυσκολίες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, λόγω περιορισμένου εισοδήματος. Οι ασθενείς υψηλού εισοδήματος είναι σε θέση να ξεπεράσουν τα εμπόδια στην πρόσβαση, καθώς μπορούν να πληρώσουν για την αναζήτηση υγειονομικής περίθαλψης εκτός του πλαισίου των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι χρόνιοι ασθενείς με υψηλά εισοδήματα μπορούν να αυξήσουν τις εναλλακτικές λύσεις, π.χ. μέσω ιδιωτικών υπηρεσιών ή ακόμη και μέσω καταβολής άτυπων πληρωμών.²⁹

Σε άλλη έρευνα που διεξήχθη σε φτωχούς και άστεγους της ευρύτερης μητροπολιτικής περιοχής της Αθήνας το 2013, βρέθηκε ότι οι βασικές αιτίες που σχετίζονται με προβλήματα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας για τους άστεγους αναφέρονταν σε: ανεπαρκή κάλυψη των φτωχών και ανέργων από τα ισχύοντα κοινωνικά οφέλη, απώλεια της ασφαλιστικής τους κάλυψης, αυστηροί κανονισμοί (για την εξασφάλιση πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας) και μεγάλες λίστες αναμονής, διακρίσεις και στιγματισμός στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Τα εμπόδια αυτά συνοψίζονται σε οικονομικά, σε οργανωτικές ελλείψεις του συστήματος και σε πολιτιστικούς περιορισμούς.³⁰

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της Hellas Health VI (2015), ένας στους πέντε πολίτες αναφέρει ανεκανοποιητές ανάγκες υγείας, με τους σπουδαστές και τους άνεργους να κατέχουν τα υψηλότερα ποσοστά, 32,6% και 27% αντίστοιχα. Μεταξύ των σημαντικότερων αιτιών που οι Έλληνες πολίτες στερούνται υπηρεσιών υγείας βρίσκονται η αδυναμία να αντεπεξέλθουν στο κόστος (57%) και μετά η έλλειψη χρόνου (31%). Τέλος, όσον αφορά στο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, βρέθηκε ότι στα άτομα κατώτερου επιπέδου παρουσιάζονται πολύ περισσότερες ανεκανοποιητές ανάγκες σε σχέση με αυτά ανωτέρου επιπέδου.³¹

Με βάση στοιχεία ετήσιων χρονολογικών σειρών από τη μελέτη της EU-SILC από το 2004 έως το 2011, η πιθανότητα μη χρήσης υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα εξαιτίας οικονομικών προβλημάτων, ήταν 44% υψηλότερη το 2011 σε σύγκριση με το 2006. Το εισόδημα, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η απασχόληση και η ασφαλιστική κάλυψη ήταν μερικοί από τους καθοριστικούς παράγοντες της ύπαρξης ανεκανοποιητών αναγκών υγείας. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που ανήκαν σε χαμηλότερη εισοδηματική ομάδα είχαν 2,65 φορές περισσότερες πιθανότητες να βρεθούν αντιμετώπι με ανάγκες υγείας που δεν μπορούν να ικανοποιήσουν εξαιτίας του κόστους σε σχέση με αυτούς που ανήκαν στην επόμενη εισοδηματική κατηγορία. Επιπλέον, κατά 73% μεγαλύτερη πιθανότητα να μην εκφράσουν την ανάγκη τους για χρήση κάποιας υπηρεσίας υγείας για οικονομικούς λόγους είχαν οι αναλφάβητοι. Επίσης και κατά 2,09 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να μην εκφράσουν τις ανάγκες υγείας τους είχαν αυτοί που είχαν λάβει τη στοιχειώδη εκπαίδευση σε σχέση με εκείνους που ανέφεραν υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης. Επιπρόσθετα, οι πιθανότητες να μείνουν ανεκανοποιητές κάποιες ανάγκες υγείας ήταν 49% αυξημένες στους άνεργους σε σχέση με τους εργαζόμενους. Τελευταίο αλλά όχι λιγότερο σημαντικό εύρημα, η ύπαρξη ιδιωτικής ή δημόσιας ασφάλειας υγείας βρέθηκε να μειώνει κατά 0,71 και 0,45 φορές αντίστοιχα την πιθανότητα μη χρήσης υπηρεσίας υγείας όταν αυτή είναι απαραίτητη.³²

Συζήτηση

Βασικός σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα στις ανικανοποίητες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων και κατ'επέκταση των επιπτώσεων της κρίσης στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας καθώς επίσης και των παραγόντων που σχετίζονται με αυτά προβλήματα.

Τα αποτελέσματα των μελετών που συμπεριελήφθησαν στην εργασία κατέδειξαν ότι η Ελλάδα κατέχει υψηλά ποσοστά ανικανοποίητων αναγκών υγείας, ποσοστά τα οποία αυξάνονται σημαντικά ύστερα από τη θέσπιση αυστηρών μέτρων λιτότητας εξαιτίας της οικονομικής κρίσης. Η μελέτη των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης αναδεικνύει τη δυσμενή επίδρασή της στις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες, για τις οποίες η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας καθίσταται δυσκολότερη, αυξάνοντας ακόμη περισσότερο τις ανικανοποίητες ανάγκες υγείας και κατ'επέκταση τις ανισότητες που αντιμετωπίζουν αυτές οι ομάδες. Μεταξύ των σημαντικότερων παραγόντων που σχετίζονται με τα εμπόδια στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι το υψηλό κόστος, η δυσκολία μετακίνησης και οι μεγάλες λίστες αναμονής.

Σχετικά με την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας από ρομά, παρατηρήθηκε ένα πολύ υψηλό ποσοστό ανικανοποίητων αναγκών υγείας (45%), με τα σημαντικότερα προβλήματα να αποτελούν η δυσκολία μετακίνησης, το υψηλό κόστος της φροντίδας υγείας και ο μεγάλος χρόνος αναμονής στα νοσοκομεία.¹⁷

Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε μια πιλοτική συγχρονική μελέτη, η οποία βρήκε ότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό μεταναστών οι οποίοι ζούσαν στην Ελλάδα, δεν είχε πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας καθώς δεν είχε την οικονομική δυνατότητα. Τα σημαντικότερα εμπόδια γι' αυτή την κατηγορία ασθενών στη χρήση υπηρεσιών υγείας αποτέλεσαν οι μεγάλες λίστες αναμονής στα δημόσια νοσοκομεία, η δυσκολία επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας και η έλλειψη ελεύθερου χρόνου.¹⁸ Προκειμένου να εξυγιανθεί ως έναν βαθμό το πρόβλημα πρόσβασης των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας, θα ήταν σημαντική η ύπαρξη διαπολιτισμικών μεσολαβητών οι οποίοι θα είναι σε θέση να διευκολύνουν την επικοινωνία και να προάγουν τη συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και μεταναστών. Οι μετανάστες αποτελούν μια ιδιαίτερη κοινωνική ομάδα καθώς παρουσιάζουν ιδιαιτερότητες τόσο στο κοινωνικό, πολιτισμικό όσο και το επιδημιολογικό τους υπόβαθρο.³³ Οι διαπολιτισμικοί μεσολαβητές θα πρέπει να έχουν γνώσεις για τη διοικητική δομή των δημόσιων νοσοκομείων της χώρας μας και τις διοικητικές διαδικασίες, να τις εξηγούν με απλοποιημένο τρόπο και να αναλαμβάνουν ενεργό ρόλο στον διάλογο των μετα-

ναστών με το προσωπικό παρεμβαίνοντας σε περίπτωση παρανοήσεων.

Τέλος, καθώς η πλειοψηφία των ρομά και των μεταναστών στερούνται επιπλέον και ασφαλιστικής κάλυψης, θα ήταν σημαντική η ύπαρξη νομοθετικών ρυθμίσεων προκειμένου να εξασφαλιστεί η πρόσβαση όλων των ανασφάλιστων πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Ένα νομοθετικό πλαίσιο που να ρυθμίζει την ευχερή πρόσβαση και χρήση των κοινωνικά ευάλωτων και ευπαθών ομάδων, στο δημόσιο σύστημα υγείας. Είναι επιτακτική η ανάγκη ρύθμισης της κάλυψης όλων των ανασφάλιστων πολιτών, κάτι που ενισχύεται και από ένα επιπλέον εύρημα της Hellas Health VI (2015), σύμφωνα με την οποία η μη λήψη φροντίδας για τους ανέργους αποδίδεται σχεδόν αποκλειστικά στο κόστος (84,2%).³¹ Προς την κατεύθυνση αυτή ο Ν. 4368/2016 και η ΚΥΑ Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/4-4-2016 αποτελούν ένα σημαντικό πρώτο βήμα. Με τις ανωτέρω ρυθμίσεις εξισώνεται το δικαίωμα των ασφαλισμένων, ανασφάλιστων και πρώην κατόχων βιβλιαρίου Οικονομικά Αδυνάμου ή Ανασφάλιστων σε σχέση με τη δυνατότητα καθολικής πρόσβασης στο δημόσιο σύστημα υγείας για τη λήψη νοσηλευτικής, διαγνωστικής και φαρμακευτικής φροντίδας.

Μια συγχρονική μελέτη διερεύνησε την πρόσβαση ασθενών που πάσχουν από κάποια χρόνια νοσήματα, μια επίσης ευάλωτη πληθυσμιακή ομάδα. Για ένα μεγάλο ποσοστό (65%) των χρονίως πασχόντων ασθενών, σύμφωνα με την παραπάνω έρευνα, κατεγράφησαν δυσκολίες στην πρόσβαση ιατρικής φροντίδας εξαιτίας οικονομικών περιορισμών, καθώς επίσης λόγω έλλειψης χρόνου και λίστες αναμονής (60%).²⁷ Ιδιαίτερα γι' αυτή την κατηγορία ασθενών, προκειμένου να ξεπεραστούν τα προβλήματα που επιφέρει η δυσμενής πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας, η κατ'οίκον νοσηλεία φαίνεται να είναι άκρως σημαντική, καθοριστική και ωφέλιμη. Τα αποτελέσματα μιας μετα-ανάλυσης που διενεργήθηκε για να διερευνηθεί την αποτελεσματικότητα της περίθαλψης που παρέχεται στο σπίτι σε σύγκριση με τη συνήθη φροντίδα εκτός σπιτιού, δείχνουν ένα ευεργετικό αποτέλεσμα της φροντίδας στο σπίτι. Η κατ'οίκον και συνεχιζόμενη φροντίδα υγείας σε άτομα με χρόνιες ή τελικού σταδίου παθήσεις διατηρεί ή και βελτιώνει την κατάσταση της υγείας τους.³⁴ Οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια που έλαβαν φροντίδα στο σπίτι είχαν, κατά μέσον όρο, περίπου μία λιγότερη απρογραμματίστη νοσηλεία στο νοσοκομείο, μιάμιση λιγότερες επισκέψεις σε ΤΕΠ, αυξημένη ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία, λιγότερες δυσκολίες σε δραστηριότητες της καθημερινότητας, 12% λιγότερες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν συνδυασμένη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες και νοσηλεία στο νοσοκομείο, σε σύ-

γκριση με ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια που έλαβαν τη συνήθη φροντίδα.³⁵

Οι χρόνιοι ασθενείς αποτελούν μια εξαιρετικά ευαίσθητη και ευπαθή κοινωνική ομάδα, οι οποίοι δεν μπορούν να μετακινηθούν εύκολα και υποφέρουν, ταλαιπωρούνται σημαντικά καθώς αναγκάζονται να επισκέπτονται τακτικά τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων, να νοσηλεύονται με εξάρσεις της νόσου, ένα ποσοστό εκ των οποίων θα χρειαστεί να επανεισαχθεί στο νοσοκομείο εντός τριάντα ημερών. Η ανάπτυξη της τηλεϊατρικής, της απομακρυσμένης ανταλλαγής δεδομένων μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας ως μέρος της κατάστασης της νόσου του ασθενούς και διαχείρισης της φροντίδας υγείας, φαίνεται να προσφέρει σημαντικές δυνατότητες στην ατζέντα της υγείας. Από ένα πρόγραμμα τηλεϊατρικής που εφαρμόστηκε σε άτομα υψηλού κινδύνου για καρδιακή ανεπάρκεια και ΧΑΠ προέκυψαν πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα, όπως μειωμένες εισαγωγές στο νοσοκομείο, μειωμένη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο και λιγότερες επισκέψεις έκτακτης ανάγκης.³⁶ Επιπλέον, όσον αφορά στη χρήση των πόρων υγειονομικής περίθαλψης, το πρόγραμμα τηλεϊατρικής ValCrònic οδήγησε σε μείωση κατά 51,9% των επισκέψεων στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και μείωση κατά 32,3% των επισκέψεων στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του νοσοκομείου. Οι εισαγωγές έκτακτης ανάγκης μειώθηκαν κατά 33,2% και οι εισαγωγές λόγω επιδείνωσης της υπό παρακολούθηση κατάστασης υγείας μειώθηκαν κατά 23%.³⁷ Επιπρόσθετα, βρέθηκε ότι η εφαρμογή της τηλεϊατρικής μπορεί να μειώσει τη χρήση των πόρων, συνεπώς το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης και τη θνησιμότητα σε σύγκριση με το σύνηθες μοντέλο περίθαλψης.^{38,39}

Οι χρόνιοι πάσχοντες έχουν έντονο το αίσθημα της απώλειας ελέγχου στον εαυτό τους, στη ζωή αλλά και στο περιβάλλον τους με αποτέλεσμα να αισθάνονται αδύναμα και εξαρτημένα. Σύμφωνα με τους Gorst et al ένα από τα οφέλη της τηλεϊατρικής για αυτή την κατηγορία ασθενών είναι η βελτίωση της αυτοπεποίθησης και η ενίσχυση, όσον αφορά στη βελτίωση της διαχείρισης της νόσου.⁴⁰

Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη από το Department of Caring Sciences and Social Work του Kalmar University στην Umea της Σουηδίας, σε ασθενείς με καρκίνο που νοσηλεύτηκαν στο σπίτι τους, οι ασθενείς αυτοί οδηγήθηκαν σε συμφιλίωση με τη ζωή και τον θάνατο καθώς ζούσαν με την ελπίδα ότι θα γιατρευτούν. Το να ζει ο ασθενής όσο γίνεται πιο φυσιολογικά, δίνει ελπίδα.⁴¹ Επιπλέον, το κόστος ενός αρρώστου προχωρημένου ή τελικού σταδίου νοσηλευόμενου στο σπίτι, είναι το 1/5 έως το 1/6 από έναν άρρωστο που νοσηλεύεται στο νοσοκομείο, μια αναλογία συμφέρουσα από οικονομικής πλευράς.⁴²

Την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας των χρονίως πασχόντων ασθενών διερεύνησε μία ακόμη συγχρονική μελέτη η οποία διαπίστωσε ότι το 25% των χρόνιων ασθενών εκφράζει ανικανοποίητες ανάγκες υγείας λόγω γεωγραφικών εμποδίων, ενώ το 63,5% και το 58,5% λόγω οικονομικών εμποδίων και λίστας αναμονής, αντίστοιχα. Η ανεργία, το χαμηλό εισόδημα και μορφωτικό επίπεδο αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την εμφάνιση οικονομικών εμποδίων, ενώ για τα εμπόδια από τις λίστες αναμονής ευθύνονται η ανεργία, η απασχόληση και το χαμηλό εισόδημα.²⁹

Η πρόσβαση στην κατάλληλη υγειονομική περίθαλψη αποτελεί σημαντικό πρόβλημα, ιδίως για τους ηλικιωμένους ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, οι οποίοι αποτελούν μια ομάδα με αυξημένες ανάγκες για υγειονομική περίθαλψη, ο αριθμός τους είναι μεγάλος και αυξάνεται συνεχώς στις αναπτυσσόμενες χώρες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας που διεξήχθη στον Δήμο Πάτρας σε άτομα άνω των 60 ετών, το 2017, προκειμένου να διερευνηθούν οι κοινωνικές ανισότητες στις Τριτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας της Τρίτης Ηλικίας, ο βαθμός ικανοποίησης των ηλικιωμένων που πάσχουν από χρόνια νοσήματα βρέθηκε ίδιος με όσους νόσησαν κάποια στιγμή και στο παρελθόν. Εξάγεται λοιπόν το συμπέρασμα ότι ακόμη και πριν την κρίση υπήρχαν σοβαρά προβλήματα γι' αυτή την κατηγορία ασθενών, λόγω ανεπαρκειών και εμποδίων στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας καθώς και ελλείψεων κατάλληλων δομών από το ελληνικό σύστημα υγείας, δηλαδή δεν έχουν αλλάξει οι συνθήκες μέσα στην κρίση.⁴³ Πρόκειται για ένα σύστημα υγείας το οποίο καθίσταται ανεπαρκές ώστε να μπορέσει να προσφέρει τις κατάλληλες υπηρεσίες υγείας και ίσως όχι λόγω των επιπτώσεων που έχει επιφέρει η δημοσοοικονομική κρίση. Είναι εμφανές ότι η τρίτη ηλικία και κυρίως οι πάσχοντες από χρόνια νοσήματα, πλήττονται περισσότερο από τις κοινωνικοοικονομικές και υγειονομικές ανισότητες. Ας γίνει λοιπόν αντικείμενο κοινωνικού προβληματισμού και ας αποτελέσει πρόκληση για την κοινωνία η φροντίδα και η ισότιμη πρόσβαση αυτής της πληθυσμιακής ομάδας στις υπηρεσίες υγείας καθώς αναμένεται σημαντική αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων κατά τις επόμενες δεκαετίες, ως αποτέλεσμα των συστηματικά χαμηλών ποσοστών γεννήσεων και του υψηλότερου προσδόκιμου ζωής.¹³

Τα ευρήματα της παρούσας εργασίας συνάδουν με εκείνα αντίστοιχων μελετών προηγούμενων ετών καθώς είναι κοινή συνιστώσα η ύπαρξη και αυξητική μάλιστα τάση των ανικανοποίητων αναγκών υγείας στην Ελλάδα. Πράγματι, το 2014, το 14% των Ελλήνων πολιτών χρειάστηκε και δεν έλαβε ιατρική φροντίδα λόγω του οικονομικού παράγοντα.^{44,45} Η μόνη διαφορά είναι ότι τα

ποσοστά των ανικανοποίητων αναγκών υγειονομικής περίθαλψης που προκύπτουν από τις μελέτες της παρούσας ανασκόπησης είναι αρκετά πιο υψηλά καθώς αφορούν σε ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες σε σχέση με εκείνα που αφορούν στο σύνολο του ελληνικού πληθυσμού.

Κοινή διαπίστωση των μελετών αποτέλεσε το γεγονός ότι οι κυριότερες συνιστώσες των ανικανοποίητων αναγκών υγείας για τις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες στην Ελλάδα, βρέθηκαν να είναι το υψηλό κόστος των υπηρεσιών υγείας, οι μεγάλες λίστες αναμονής και η έλλειψη ελεύθερου χρόνου.

Τέλος, από τις διάφορες έρευνες που εντοπίστηκαν κατά την αναζήτηση άρθρων καθώς επίσης και από τα στοιχεία της Eurostat, διαπιστώνεται ότι η Ελλάδα παρουσιάζει ένα σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ανικανοποίητων αναγκών υγείας σε σχέση με την Ευρώπη, γεγονός που υποδηλώνει την ανάγκη λήψης μέτρων κοινωνικής προστασίας. Είναι σημαντικό να τονιστεί η αναγκαιότητα της αναδιοργάνωσης του συστήματος κοινωνικής προστασίας και της κοινωνικής ενσωμάτωσης των αποκλεισμένων ατόμων.

Σημειώνεται ότι υπάρχουν και κάποιοι περιορισμοί στις μελέτες που συμπεριελήφθησαν στην εργασία, όπως το μικρό μέγεθος του μελετώμενου πληθυσμού σε κάποιες μελέτες, η μη πραγματοποίηση τυχαίας δειγματοληψίας σε κάποιες άλλες, η αδυναμία να συμπεριληφθούν μελέτες σε άλλες γλώσσες εκτός από την Ελληνική και την Αγγλική, ενώ ορισμένες είχαν άλλα σημαντικά σφάλματα. Τέλος, δεν έχουν διεξαχθεί αρκετές έρευνες που να έχουν διερευνήσει τις ανικανοποίητες ανάγκες

των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων στην Ελλάδα. Κρίνεται λοιπόν απαραίτητη η διεξαγωγή παρόμοιων μελετών στην Ελλάδα με μικρότερο σφάλμα, μελέτες μεγαλύτερης κλίμακας ώστε να εξαχθούν ασφαλέστερα συμπεράσματα.

Συμπεράσματα

Η παρούσα εργασία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι ανικανοποίητες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων στην Ελλάδα είναι ιδιαίτερα αυξημένες, γεγονός που πυροδότησε η οικονομική κρίση που πλήττει τη χώρα μας τα τελευταία χρόνια. Σχετικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με τη δυσχερή πρόσβαση αυτής της κατηγορίας ασθενών αναφέρονται προβλήματα προσβασιμότητας, όπως το υψηλό κόστος και η απόσταση, προβλήματα διαθεσιμότητας, όπως οι μεγάλες λίστες αναμονής και τέλος προβλήματα αποδοχής, όπως η έλλειψη ελεύθερου χρόνου. Επιπρόσθετα, αποτυπώθηκε η αρνητική επίδραση που άσκησε η οικονομική κρίση στην υγεία, κυρίως των πιο ευπαθών ομάδων του πληθυσμού, δυσχεραίνοντας την πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας όταν αυτό καθίσταται αναγκαίο και οδηγώντας με αυτόν τον τρόπο στη διεύρυνση των ανισοτήτων μεταξύ των διαφορετικών ομάδων πληθυσμού. Τελευταίο αλλά όχι λιγότερο σημαντικό, το εισόδημα, το μορφωτικό επίπεδο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η απασχόληση και η ύπαρξη ασφάλειας υγείας αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσβαση των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων σε υπηρεσίες υγείας.

ABSTRACT

Investigating Unmet Health Needs of Vulnerable Groups Amid the Economic Crisis in Greece

Christine Tsirona,¹ Olga Siskou,² Peter Galanis,³ Daphne Kaitelidou⁴

¹RN, MSc, PhD(c), AHEPA University General Hospital of Thessaloniki,

²RN, MSc, PhD, Senior Researcher. Nursing Department, National and Kapodistrian University of Athens,

³RN, MSc, PhD, Laboratory Teaching Staff. Public Health Sector, Nursing Department, National and Kapodistrian University of Athens,

⁴Associate Professor, Nursing Department. National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

Introduction: The unmet healthcare needs, particularly of the vulnerable population groups, are undoubtedly a challenge for the health systems, given the current economic situation. They arise from obstacles relating to either the health systems or personal characteristics and individual behaviors. **Aim:** The purpose of the present study is twofold: to assess the impact of the economic crisis in Greece on the unmet healthcare needs of the vulnerable population groups and to determine the factors that may be related to these problems of access to health services. **Method:** A searching for articles on the PUBMED/MEDLINE electronic databases and on the GOOGLE SCHOLAR search engine was carried out. The key words used were: unmet healthcare needs, accessibility, economic crisis, inequalities, Greece. The articles (written in Greek and English) covered the period before and during the economic crisis, which means the

period 2004–2017. Results: During the economic crisis in Greece, the unmet healthcare needs of the vulnerable population groups increased significantly, reflecting serious problems of access to necessary health care. Among the most often self-reported reasons for not using a health service were high cost, long waiting lists and lack of time. People of low socio-economic profile, with no health insurance, women and married with children were found to report more often unmet health needs compared to the general population. **Conclusions:** Greece is among the countries with the highest (compared to other European countries) rates of unmet needs in vulnerable social groups. There is a need to redesign the way in which healthcare is provided and to take measures at local and national level in order to be provided equal treatment for all on the basis of their real needs.

Key-words: *Unmet healthcare needs, Accessibility, Economic crisis, Inequalities, Greece.*

✉ **Corresponding Author:** Olga Siskou, Center for Health Services Management and Evaluation, Nursing Department, National and Kapodistrian University of Athens, 123 Papadiamntopoulou street, GR-115 27 Athens, Greece, e-mail: olsiskou@nurs.uoa.gr, olga.siskou@ouc.ac.cy

Βιβλιογραφία

- Organization for Economic Co-operation and Development, OECD Fact-book 2015–2016: Economic, Environmental and Social Statistics. 2017. Available at <http://dx.doi.org/10.1787/factbook-2015-en> (23/01/2019)
- Oikonomou N, Mariolis A. How is Greece conforming to Alma Ata's principles in the middle of its biggest financial crisis? *Brit J Gen Pract* 2010, 456–457
- Oikonomou N, Tountas Y. The Greek economic crisis: a primary healthcare perspective. *Lancet* 2011, 377:28–29
- Braveman PA, Egerter SA, Cubbin C et al. An approach to studying social disparities in health and health care. *Am J Public Health* 2004, 94:2139–2148
- European Commission. EUROPE 2020: A strategy for smart, sustainable and inclusive growth. COM (2010) 2020 final. 2010, Brussels
- European Commission. *Quality in and equality of access to healthcare services, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities*. Brussels, 2008
- Sienkiewicz D. *Access to health services in Europe, European Social Watch Report 2010: Time for Action- Responding to Poverty, Social Exclusion and Inequality in Europe and Beyond*. Eurostep. Brussels, 2010
- Devaux M, De Looper M. *Income-related inequalities in health service utilization in 19 OECD countries, 2008–2009, OECD Health Reports*. No. 58, OECD Publishing, Paris, 2012
- Eurofound. *Living conditions of the Roma: Substandard housing and health*. Dublin, 2012
- European Union Agency for Fundamental Rights. *Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare*. Luxembourg, 2013
- Organization for Economic Co-operation and Development. "Unmet needs for medical care and dental care" in *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing. Paris, 2017
- World Health Organization. *The financial crisis and global health, Report of a high-level consultation*. Geneva, 2009
- Eurostat. Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and income quintile. 2019. http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_08&lang=en (20/01/2019)
- Anderson G, Horvath J. The growing burden of chronic disease in America. *Public Health Rep* 2004, 119:263–270
- Jong-wook L. Global health improvement and WHO: shaping the future. *Lancet* 2003, 362:2083–2088
- Whitehead M. The concept and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992, 22:429–445
- Galanis P, Prezerakos P, Kouli E, Ligkovanli K, Siskou O, Tsavalias K et al. Knowledge and use of Health Services in Rural Districts by Roma People. *Nurs Care Research* 2012, 33:17–21
- Galanis P, Sourtzi P, Bellali T, Theodorou M, Karamitri I, Siskou O et al. "Public health services knowledge and utilization among immigrants in Greece: a cross-sectional study". *BMC Health Services Research* 2013, 13:350
- Bulman K, McCourt C. Somali refugee women's experiences of maternity care in west London: a case study. *Crit Publ Health* 2002, 12:365–380
- Rhodes P, Nocon A, Wright J. Access to diabetes services: the experiences of Bangladeshi people in Bradford, UK. *Ethn Health* 2003, 8:171–188
- Norredam M, Krasnik A, Moller Sorensen T, Keiding N, Joost Michaelsen J, Sonne Nielsen A. Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents. *Scand J Public Health* 2004, 32:53–59
- Warfa N, Bhui K, Craig T et al. Post-migration geographical mobility, mental health, and health service utilization among Somali refugees in the UK: a qualitative study. *Health Place* 2006, 12:503–515
- Pithara C, Zembylas M, Theodorou M. Access and effective use of healthcare services by temporary immigrants in Cyprus. *Int J Migrat Health Soc Care* 2012, 8:72–85
- Kentikelenis A, Karanikolos M, Williams G, Mladovsky P, King L, Pharris A et al. How do economic crises affect migrants'

- risk of infectious disease? A systematic-narrative review. *Eur J Publ Health* 2015, 25:937–944
25. Lemonidou C, Kaitelidou D, Galanis P, Sourtzi P, Zikos D, Siskou O et al. *Developing a tool to increase access of vulnerable groups to health care: An initiative to mitigate the barriers*. Center for Health Services Management and Evaluation 2014, National and Kapodistrian University of Athens, Greece, 2014
 26. Bien B, McKee KJ, Dohner H, Triantafyllou J, Lamura G, Doroszkiwicz H et al. Disabled older people's use of health and social care services and their unmet care needs in six European countries. *Eur J Publ Health* 2013, 23:1032–1038
 27. National School of Public Health. Economic crisis and chronic diseases, Patient Survey suffering from Hypertension, Diabetes, Chronic Obstruction Pulmonary disease, Alzheimer's dementia 2013, Department of Health Economics, Athens, 2013
 28. Pappa E, Kontodimopoulos N, Papadopoulos A, Tountas Y, Niakas D. Investigating Unmet Health Needs in Primary Health Care Services in a Representative Sample of the Greek Population. *Intern J Environment Research Publ Health* 2013, 10:2017–2027
 29. Kyriopoulos I, Zavras D, Skroumpelos A, Mylona K, Athanasakis K, Kyriopoulos J. Barriers in access to healthcare services for chronic patients in times of austerity: an empirical approach in Greece, *International Journal for Equity in Health. Offic J Intern Soc Equit Health* 2014, 13:54
 30. Arapoglou V, Gounis K. Poverty and Homelessness in Athens: Governance and the Rise of an Emergency Model of Social Crisis Management, in *Hellenic Observatory Papers on Greece and Southeast Europe. Greece Paper 2015*. London School of Economics and Political Science, Hellenic Observatory European Institute. No.90. London, 2015
 31. Τούντας Γ, Σουλιώτης Κ, Γιαννοπούλου Κ, Γώτη Γ, Τζαβάρα Χ. *Η Υγεία των Ελλήνων στην Κρίση 2015*. Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής & Metron Analysis, Αθήνα, 2015
 32. Zavras D, Zavras A, Kyriopoulos I, Kyriopoulos J. *Economic crisis, austerity and unmet healthcare needs: the case of Greece*. *BMC Health Services Research* 2016, 16:309
 33. Φούσκας Θ. Οικονόμου Χ. «Ανθυγιεινή ένταξη: Ανεσότητες στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες στην Ελλάδα και προτάσεις πολιτικής για την άρση τους». *Νοσηλ Έρευνα* 2014, 40:214–235
 34. Health Canada. Home care in Canada 1999: an overview. Government of Canada Available at: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/home-continuing-care/home-care-canada-1999-overview.html> (10/07/2019)
 35. Ontario Health Technology Assessment Series. In-Home Care for Optimizing Chronic Disease Management in the Community: An Evidence-Based Analysis, Health Quality Ontario 2013, 13:1–65
 36. Martín-Lesende I, Orruño E, Bilbao A, Vergara I, Cairo MC, Bayón JC et al. Impact of telemonitoring home care patients with heart failure or chronic lung disease from primary care on healthcare resource use (the TELBIL study randomised controlled trial). *BMC Health Serv Res* 2013, 13:118
 37. Verberk WJ, Kessels AGH, Thien T. Telecare is a valuable tool for hypertension management, a systematic review and meta-analysis. *Blood Press Monit* 2011, 16:149–155
 38. Sood S, Mbarika V, Jugoo S et al. What is telemedicine? A collection of 104 peer-reviewed perspectives and theoretical underpinnings. *Telemed J E Health* 2007, 13:573–590
 39. Steventon A, Bardsley M, Billings J, Dixon J, Doll H, Hirani S. Whole System Demonstrator Evaluation Team. Effect of telehealth on use of secondary care and mortality: findings from the Whole System Demonstrator cluster randomised trial. *BMJ* 2012, 344:e3874
 40. Gorst SL, Armitage CJ, Brownsell S, Hawley MS. Home telehealth uptake and continued use among heart failure and chronic obstructive pulmonary disease patients: a systematic review. *Ann Behav Med* 2014, 48:323–336
 41. Benzein E, Norberg A, Jareman B. The meaning of the lived experience of hope in patients with cancer palliative home care. *Palliat Med* 2001, 15:117–126
 42. Σιτσιουρά Μ. *Πεπραγμένα 2ης Πενταετίας Υπηρεσίας κατ'οίκον νοσηλείας Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου Κηφισιάς «Άγιοι Ανάργυροι»*. Ιούνιος 1992–Μάιος 1997, Αθήνα, 1997:21–24,
 43. Καντεράκη Α. «Κοινωνικές Ανεσότητες στην πρόσβαση στην Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας των ατόμων 60 ετών και άνω», Μεταπτυχιακή διατριβή, Πανεπιστήμιο Πατρών, Τμήμα Ιατρικής 2017, Πάτρα
 44. Τούντας Γ, Βαρδαβάς Κ, Γιαννοπούλου Κ, Γώτη Γ, Καντζανού Μ, Καστανιώτη Κ και συν. *Η υγεία των Ελλήνων στην κρίση, Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας*. Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής. Αθήνα, 2016
 45. Karanikolos M, Kentikelenis A. Health inequalities after austerity in Greece. *Intern J Equit Health* 2016, 15