

## ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

## ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ, ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΓΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΡΣΗ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΑΝΙΣΟΤΗΤΩΝ

Μικαέλλα Πατσαλή<sup>1</sup>, Ιωάννης Αποστολάκης<sup>2</sup>, Παύλος Σαράφης<sup>3</sup>

1. Ιατρός, ΠΜΣ Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα / Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Λευκωσία
2. Ιατρική Πληροφορική PhD, ΠΜΣ Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα / Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα
3. Αναπληρωτής Καθηγητής, ΠΜΣ Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα / Γενικό Τμήμα, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

DOI: 10.5281/zenodo.5842175

Cite as: Patsali, Mikaela, Apostolakis, Ioannis, & Sarafis, Pavlos. (2021). WELFARE STATE, UNMET HEALTH CARE NEEDS AND SOCIAL POLICY TO ELIMINATE HEALTH INEQUALITIES. *Perioperative nursing (GORNA)*, E-ISSN:2241-3634, 10(3), 175–185.<https://doi.org/10.5281/zenodo.5842175>

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Το κράτος πρόνοιας χαρακτηρίζεται από διευρυμένη κοινωνική λειτουργία και στοχεύει στην ευημερία των πολιτών του. Η κοινωνική πολιτική αποτελεί βασικό πυλώνα της λειτουργίας του. **Σκοπός:** Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τις τυπολογίες του κράτους πρόνοιας και η πρόταση πολιτικών υγείας για την άρση των υγειονομικών ανισοτήτων. Μεθοδολογία: Ανασκόπηση βιβλιογραφίας σε διεθνείς βάσεις δεδομένων, χρησιμοποιώντας ως λέξεις-κλειδιά «κράτος πρόνοιας, τυπολογίες, μη ικανοποιημένες ανάγκες, υγειονομικές ανισότητες».

**Αποτελέσματα:** Το κράτος πρόνοιας αποτέλεσε αντικείμενο μελέτης για πολλούς ερευνητές, όπως ο Titmuss, ο Espring-Andersen και ο Ferrera, οι οποίοι το κατέταξαν σε μοντέλα. Οι τυπολογίες που πρότειναν δέχθηκαν κριτική λόγω ελλείψεων και αδυναμιών, όμως μπορούν να αξιοποιηθούν ως ένα εργαλείο σύγκρισης και μετεξέλιξης. Η αποτυχία του κράτους πρόνοιας διαφαίνεται μέσα από την αδυναμία του να εξαλείψει τις κοινωνικές ανισότητες. Μια κατηγορία ανισοτήτων είναι οι υγειονομικές ανισότητες που παρουσιάζονται σε διαφορετικό βαθμό σε όλα τα υγειονομικά συστήματα. Μέσα από έρευνες, οι αποδέκτες των υπηρεσιών υγείας μπορούν να αναφέρουν τις μη ικανοποιημένες ανάγκες τους για φροντίδα υγείας, για την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την άνιση πρόσβαση, χρήση και ποιότητα των υπηρεσιών και διερευνώνται οι αιτιολογικοί παράγοντες που σχετίζονται ή όχι με το υγειονομικό σύστημα κάθε χώρας. **Συμπεράσματα:** Η άρση των κοινωνικών ανισοτήτων επέρχεται με την υιοθέτηση πολιτικών υγείας. Η μελέτη των διαφόρων μοντέλων κράτους πρόνοιας και των ανεκπλήρωτων αναγκών των πολιτών προβάλλει συγκριτικά τις αδυναμίες του κράτους και τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα. Οι μεταρρυθμίσεις είναι απαραίτητες και πρέπει να γίνονται δίνοντας ιδιαίτερη σημασία στις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες.

**Λέξεις κλειδιά:** κράτος πρόνοιας, τυπολογίες, μη ικανοποιημένες ανάγκες, υγειονομικές ανισότητες

**Υπεύθυνος Αλληλογραφίας:** Μικαέλλα Πατσαλή, Μιχαήλ Καραολή 12, Γέρι 2201, Λευκωσία, Κύπρος, Τηλέφωνο: +306949413816, +35799066097. Email: [mikaellapatsali@gmail.com](mailto:mikaellapatsali@gmail.com)

## SPECIAL ARTICLE

## WELFARE STATE, UNMET HEALTH CARE NEEDS AND SOCIAL POLICY TO ELIMINATE HEALTH INEQUALITIES

Mikaella Patsali<sup>1</sup>, Ioannis Apostolakis<sup>2</sup>, Pavlos Sarafis<sup>3</sup>

1. Medical Doctor, School of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras / Department of Internal Medicine, Nicosia General Hospital, Nicosia
2. Medical Informatics PhD, School of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras / Laboratory of Medical Physics, School of Medicine, National and Kapodistrian University, Athens
3. Associate Professor, School of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras/ General Department, University of Thessaly, Lamia

## Abstract

**Introduction:** The welfare state is characterized by an expanded social function and aims at the well-being of its citizens. Social policy is a key pillar of its operation. **Purpose:** The review of the literature on the typologies of the welfare state and the proposal of health policies for the elimination of health inequalities. **Methodology:** Review of literature in international databases, using as keywords "welfare state, typologies, unmet needs, health inequalities". **Results:** The welfare state was studied by many researchers, such as Titmuss, Esping-Andersen and Ferrera, who classified it into models. The typologies they proposed were criticized for their shortcomings and weaknesses, but can be used as a tool for comparison and evolution. The failure of the welfare state is reflected in its inability to eliminate social inequalities. One category of inequalities is health inequalities that occur to varying degrees across health systems. Through surveys, recipients of health services can report their unmet needs for health care, resulting conclusions about unequal access, use and quality of services and investigate the causal factors related to or not related to the health system of each country. **Conclusions:** The removal of social inequalities comes with the adoption of health policies. The study of the different models of the welfare state and the unmet needs of the citizens comparatively highlights the weaknesses of the state and the way in which it must adapt to the new data. Reforms are needed and must be done with particular emphasis on vulnerable populations.

**Keywords:** welfare state, typologies, unmet needs, health inequalities

**Corresponding author:** *Mikaella Patsali, Michael Karaoli 12, Geri 2201, Nicosia, Cyprus, Telephone number: +306949413816, +35799066097*

*Email address: [mikaellapatsali@gmail.com](mailto:mikaellapatsali@gmail.com)*

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο όρος κράτος πρόνοιας αναφέρεται σε «μία δεδομένη ιστορικά μορφή του αστικού, εθνικού κράτους, με κύριο χαρακτηριστικό της την διευρυμένη κοινωνική λειτουργία του, υπεύθυνο για την κοινωνική προστασία των πολιτών του και την επίτευξη της ευημερίας τους».<sup>1</sup> Επομένως, η κοινωνική πολιτική αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της λειτουργίας του, αφού ορίζεται ως «το σύνολο των μορφών και μεθόδων κοινωνικής δράσης, με τη λήψη προληπτικών ή διορθωτικών μέτρων, με σκοπό την άμβλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων και την προαγωγή της ευημερίας».<sup>2</sup>

Η δημιουργία του κράτους πρόνοιας ήταν αποτέλεσμα οικονομικών, κοινωνικών, πολιτικών και πολιτισμικών παραγόντων. Η ανάπτυξη του καπιταλιστικού συστήματος, η βιομηχανική επανάσταση, η άνοδος του εργατικού κινήματος και η επίδραση του κρατικού μηχανισμού και της διοικητικής πρακτικής, οδήγησαν στη διεύρυνση της κοινωνικής λειτουργίας του κράτους. Αρχικά, εμφανίστηκε στην Αγγλία με τον όρο «welfare state» (κράτος ευημερίας) και στη Γερμανία με τον όρο «sozial staat» (κοινωνικό κράτος) κατά τη διάρκεια του 19<sup>ου</sup> αιώνα. Συνδέθηκε με την άσκηση κοινωνικού ελέγχου και την εξασφάλιση κοινωνικής ειρήνης.<sup>3</sup>

Η δεύτερη περίοδος εξέλιξης του κράτους πρόνοιας ξεκίνησε με το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου. Μέχρι το 1969 γνώρισε την «χρυσή εποχή» του, επεκτάθηκε γεωγραφικά και στόχευσε στην ευημερία του συνόλου των πολιτών του. Ωστόσο, η δεκαετία του '70 αμφισβητήθηκε έντονα και εισήλθε σε περίοδο κρίσης, ως αποτέλεσμα πολλαπλών παραγόντων (πετρελαϊκές κρίσεις, κρίση φορντικού μοντέλου παραγωγής, αύξηση πληθωρισμού και ανεργίας, υψηλό δημοσιονομικό χρέος, παγκοσμιοποίηση της οικονομίας). Τέλος, στη δεκαετία του '90 πέρασε σε μια εποχή αναδιαρθρώσεων και υιοθέτησης σύγχρονου προνοιακού πλουραλισμού.<sup>3,4</sup>

Στον ελληνικό χώρο το κράτος πρόνοιας αναπτύχθηκε κυρίως μετά το 1974. Ο μικρός βαθμός εκβιομηχάνισης, το χαμηλό επίπεδο ανάπτυξης της παραγωγικής διαδικασίας, η περιορισμένη συγκέντρωση κεφαλαίου, η διευρυμένη οικογένεια και το χαμηλό ποσοστό μισθωτής εργασίας ήταν μόνο μερικοί παράγοντες που έπαιξαν ρόλο στην καθυστέρηση. Έτσι, πριν προλάβει το κράτος πρόνοιας να ολοκληρωθεί, πέρασε από την υπανάπτυξη στην κρίση.<sup>3</sup>

Η κρίση του κράτους πρόνοιας αποτέλεσε εύφορο έδαφος για άσκηση κριτικής εναντίον του. Κατηγορήθηκε για τον πατερναλιστικό χαρακτήρα του απέναντι στις κοινωνικές ανάγκες των πολιτών και τη δημιουργία μιας προβληματικής σχέσης μεταξύ κράτους και πολίτη. Επιπρόσθετα, θεωρήθηκε αναποτελεσματικό, επειδή ο στόχος του για εξάλειψη της φτώχειας και των κοινωνικών ανισοτήτων δεν επιτεύχθηκε.<sup>5</sup> Μία μορφή κοινωνικών ανισοτήτων είναι οι υγειονομικές ανισότητες. Διακρίνονται σε ανισότητες στην κατάσταση υγείας, δηλαδή άδικες, αθέμιτες και περιττές διαφορές στην υγεία, και σε ανισότητες στη φροντίδα υγείας, δηλαδή απουσία ίσης ποιότητας για όλους και ίσης πρόσβασης και χρήσης για ίση ανάγκη.<sup>6</sup>

Στην πρώτη ενότητα της παρούσας εργασίας γίνεται αναφορά στις ποικίλες τυπολογίες των μοντέλων κράτους πρόνοιας, καθώς και στην κριτική που τους ασκήθηκε. Στη δεύτερη ενότητα παρουσιάζεται η έννοια της μη ικανοποιημένης ανάγκης για φροντίδα υγείας, με σχετικά στοιχεία αποτύπωσής της σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ). Τέλος, στην τρίτη ενότητα προτείνονται πολιτικές υγείας για άρση των ανισοτήτων, που προκύπτουν από τις μη ικανοποιημένες ανάγκες φροντίδας υγείας.

## Τυπολογίες μοντέλων κράτους πρόνοιας και κριτική

Διαχρονικά, το κράτος πρόνοιας αποτέλεσε αντικείμενο έρευνας αρκετών μελετητών. Ορισμένοι από αυτούς προχώρησαν στην ταξινόμησή του σε θεωρητικά μοντέλα και τυπολογίες. Βασικό κριτήριο αυτής της

κατάταξης ήταν η αλληλεπίδραση μεταξύ οικογένειας, κράτους και αγοράς στην παροχή κοινωνικής φροντίδας και προστασίας. Η τριμερής αυτή σχέση εξαρτάται από τις πολιτικές, κοινωνικές, πολιτισμικές και οικονομικές συνθήκες κάθε χώρας. Κάθε κατηγοριοποίηση αντανακλά στατικά μια χρονική περίοδο και δεν αντικατοπτρίζει επακριβώς όλα τα κράτη, αφού δεν λαμβάνονται υπόψη τα ποιοτικά χαρακτηριστικά τους.<sup>7</sup> Ωστόσο, οι τυπολογίες είναι χρήσιμες ως εργαλείο για συγκριτική μελέτη και ως σημείο αναφοράς για βελτίωση. Σε μία συνεχώς μεταβαλλόμενη κοινωνία με νέα δεδομένα (παγκοσμιοποίηση, γεωπολιτικές αλλαγές, μεταναστευτικό κύμα, οικονομική ύφεση, γήρανση) το κράτος πρόνοιας πρέπει να έχει δυναμική μετεξέλιξης.<sup>8</sup>

Ο Titmuss αποπειράθηκε πρώτος το 1974 να κατατάξει το κράτος πρόνοιας σε υπολειμματικό, βιομηχανικό και θεσμικό-αναδιανεμητικό.<sup>9</sup> Το υπολειμματικό μοντέλο διαμορφώθηκε την περίοδο του μεσοπολέμου κυρίως στις ΗΠΑ. Το χαρακτηριστικό του είναι ότι οι κοινωνικές ανάγκες των πολιτών καλύπτονται από πρωτοβουλίες των ιδίων, μέσω της αγοράς και της στήριξης της οικογένειας. Το κράτος δρα ως δίκτυ ασφαλείας και παρεμβαίνει, μέσω της κοινωνικής ασφάλισης, μόνο όταν η αγορά και η οικογένεια δεν επαρκούν. Στο βιομηχανικό μοντέλο η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών γίνεται με βάση την εργασία και την απόδοση. Η οικονομία της αγοράς έχει κύριο ρόλο, ενώ η κοινωνική πολιτική επιβιοθητικό, μέσω της κοινωνικής ασφάλισης. Στοιχεία αυτού του μοντέλου εκφράζονται στο Ηνωμένο Βασίλειο. Από την άλλη, το θεσμικό-αναδιανεμητικό μοντέλο εμφανίζεται με παραλλαγές στις Σκανδιναβικές χώρες τη δεκαετία του '50 και του '60. Βασικό χαρακτηριστικό του είναι η καθολική κάλυψη των κοινωνικών αναγκών του πληθυσμού έξω από τους μηχανισμούς της αγοράς. Με την εδραίωση θεσμών ενισχύεται η πρόληψη των κοινωνικών κινδύνων, ενώ η αναδιανομή του πλούτου και των ευκαιριών δρα ως μέσο καταπολέμησης ανισοτήτων.<sup>1</sup>

Μία άλλη τυπολογία προτάθηκε το 1990 από τον Espring-Andersen, ο οποίος εισήγαγε τον όρο «προνοιακό καθεστώς» (welfare regime).<sup>10</sup> Λαμβάνοντας υπόψη την κοινωνική διαστρωμάτωση, την ανάμιξη του ιδιωτικού με το δημόσιο και το βαθμό αποεμπορευματοποίησης της εργατικής δύναμης, το κατέταξε σε τρεις τύπους: φιλελεύθερο, συντηρητικό-κορπορατιστικό και σοσιαλδημοκρατικό.<sup>11</sup> Κύριοι εκφραστές του πρώτου μοντέλου είναι οι ΗΠΑ, η Νέα Ζηλανδία, η Αυστραλία και σε μικρότερο βαθμό ο Καναδάς, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ιρλανδία. Τα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης είναι περιορισμένα και το κράτος ενθαρρύνει τις παροχές μέσω της αγοράς. Το δεύτερο μοντέλο συναντάται κυρίως στη Γαλλία, Γερμανία, Αυστρία και εν μέρει στην Ιταλία. Σε αυτό, το κράτος διαδραματίζει σημαντικότερο ρόλο σε σχέση με την αγορά, όμως η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών γίνεται με κριτήριο την επαγγελματική θέση και κοινωνική τάξη του ατόμου. Το τρίτο μοντέλο εμφανίζεται στη Σκανδιναβία, όπου το κράτος διαδραματίζει κύριο ρόλο στην αναδιανομή του πλούτου. Με κεντρικές και αποκεντρωμένες κοινωνικές πολιτικές στοχεύει σε ισότιμη, καθολική και εξατομικευμένη κάλυψη των αναγκών.

Στις πιο πάνω τυπολογίες προστέθηκαν κι άλλες, με την πρόταση του Ferrera το 1996 να ξεχωρίζει. Υποστήριξε την ύπαρξη ενός τέταρτου μοντέλου στις χώρες της νότιας Ευρώπης (Ελλάδα, Πορτογαλία, Ισπανία και νότια κυρίως Ιταλία).<sup>12</sup> Οι μεσογειακές χώρες εμφανίζουν ιδιαιτερότητες σε οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο και στον τρόπο που αλληλοεπιδρά το κράτος με την οικογένεια και την αγορά. Το μοντέλο είναι μικτό και συνθέτει στοιχεία Bismark στην κοινωνική ασφάλιση και Beveridge στο σύστημα υγείας. Χαρακτηρίζεται από υψηλό ποσοστό εισοδηματικών μεταβιβάσεων, ανομοιογένεια στην κοινωνική προστασία, καθολική υγειονομική περίθαλψη, έντονη διαπλοκή δημόσιου - ιδιωτικού, ευνοιοκρατικές νόρμες και πελατειακά κυκλώματα, χαμηλή αποδοτικότητα υπηρεσιών και χρηματοδότηση με ανομοιομορφη

κατανομή των βαρών στις διάφορες επαγγελματικές ομάδες, λόγω ανομοιογένειας θεσμικού πλαισίου, παραοικονομίας και φοροδιαφυγής.

Η Ελλάδα είναι ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα μικτού κράτους, όπου συνυπάρχουν τα συστήματα Bismark και Beveridge. Το κράτος πρόνοιας αναπτύχθηκε καθυστερημένα σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες και δεν έλαβε την ίδια μορφή.<sup>3</sup> Υπάρχει έντονη κοινωνική αλληλεγγύη και η οικογένεια αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο κοινωνικής προστασίας. Αντιθέτως, το κράτος εμφανίζει περιορισμένη διείσδυση στην προνοιακή πολιτική και απουσιάζει το ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα. Παρουσιάζεται χαμηλός βαθμός αποεμπορευματοποίησης, αποοικογενειοποίησης και αναδιανομής του πλούτου. Η σχέση του δημόσιου και του ιδιωτικού είναι εκτεταμένη, ενώ η σχέση κράτους-πολίτη αποκτά πελατειακό χαρακτήρα.<sup>13</sup>

Συγκρίνοντας τα μοντέλα μεταξύ τους παρατηρεί κανείς ότι το υπολειμματικό και το φιλελεύθερο εμφανίζουν περιορισμένη συμμετοχή των κρατικών δομών στην κάλυψη κοινωνικών αναγκών, ενώ η παρουσία της αγοράς είναι πιο ευνοϊκή. Το βιομηχανικό και κορπορατιστικό μοντέλο έχουν το πλεονέκτημα της κρατικής κοινωνικής ασφάλισης, όμως αυτή παρέχεται με κριτήρια την κοινωνική θέση και εργασία των πολιτών. Όσον αφορά το θεσμικό-αναδιανεμητικό και το σοσιαλδημοκρατικό μοντέλο, πλεονεκτούν στον βαθμό της κρατικής παρέμβασης που στοχεύει στην καθολική κάλυψη αναγκών, αλλά χωρίς επαρκή αξιοποίηση της αγοράς. Τέλος, το Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο παρέχει καθολική κρατική υγειονομική κάλυψη και εμφανίζει σημαντικά προβλήματα.<sup>14</sup>

Αναλύοντας κριτικά τις διαφορετικές τυπολογίες διαφαίνονται οι αδυναμίες τους. Ο Titmuss στην τυπολογία του αγνόησε τα ιδιαίτερα γνωρίσματα των σύγχρονων συστημάτων κοινωνικής προστασίας<sup>15</sup> και επικεντρώθηκε στις κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες. Αδυναμία της τυπολογίας αποτέλεσε ο σχεδόν ολοκληρωτικός ντετερμινισμός και η μη ενασχόληση με την ατομική συμπεριφορά και ευθύνη.<sup>16</sup> Από την άλλη,

ο Espring-Andersen δέχθηκε κριτική επειδή παρέλειψε να μελετήσει το φύλο και την πολιτική ως εργαλείο ταξινόμησης. Επιπλέον, ασχολήθηκε με περιορισμένο εύρος χωρών και αναλώθηκε στην ανάλυση των Σκανδιναβικών χωρών. Η κριτική επεκτάθηκε σε μεθοδολογικά ζητήματα αξιοπιστίας και εγκυρότητας και στην αποτυχία του να συμπεριλάβει τη μεταμοντέρνα εξέλιξη της βιομηχανικής κοινωνίας και να κατανοήσει διαφορές των κρατών πρόνοιας στο πλαίσιο πολιτικών λιτότητας.<sup>13</sup>

### **Μη ικανοποιημένες ανάγκες για φροντίδα υγείας**

Η αποτυχία του κράτους πρόνοιας να εξαλείψει τις κοινωνικές ανισότητες εκφράζεται και με την παρουσία υγειονομικών ανισοτήτων. Ένας στόχος των συστημάτων υγείας είναι να διασφαλίσουν την ισότητα στην πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες που είναι αναγκαίες. Όταν οι υπηρεσίες υγείας δεν λαμβάνονται προκύπτουν μη ικανοποιημένες ανάγκες, δηλαδή *«διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών που κρίνονται απαραίτητες για την ορθή αντιμετώπιση ενός προβλήματος υγείας και των υπηρεσιών που πράγματι λαμβάνονται»*.<sup>17</sup>

Έχουν εντοπιστεί πολλοί παράγοντες που διαμορφώνουν τις μη ικανοποιημένες ανάγκες και σχετίζονται τόσο με το υγειονομικό σύστημα, όσο και με χαρακτηριστικά ή συμπεριφορές των ατόμων. Μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής: διαθεσιμότητα, συμπεριλαμβανομένων μεγάλων χρόνων αναμονής, προσβασιμότητα, συμπεριλαμβανομένων οικονομικών ή μεταφορικών εμποδίων, και αποδοχή σχετική με προσωπικές στάσεις και συνθήκες.<sup>18</sup> Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σχετίζεται με την προσφορά τους από το κράτος, ενώ η χρήση τους είναι μία εξίσωση προσφοράς και ζήτησης. Επομένως, μπορεί ένα κράτος να παρέχει υπηρεσίες υγείας στους πολίτες του, όμως η φροντίδα που αυτοί τελικά λαμβάνουν διαφέρει και είναι οι ίδιοι οι αποδέκτες των υπηρεσιών υγείας που αναφέρουν τις ανεκπλήρωτες ανάγκες τους.

Οι έρευνες που διεξάγονται για τη συλλογή της εμπειρίας των πολιτών-αποδεκτών θεωρούνται ένα απαραίτητο εργαλείο, για να μετρήσει κανείς την προσβασιμότητα στις υγειονομικές υπηρεσίες και άρα το βαθμό ύπαρξης ανισοτήτων. Η προσέγγιση του EU-SILC (Statistics on Income and Living Conditions) περιέχει ερωτήσεις σχετικά με το αν τους προηγούμενους 12 μήνες υπήρχε ανάγκη για λήψη ιατρικής ή οδοντιατρικής φροντίδας η οποία δεν ικανοποιήθηκε, και τον κύριο λόγο που στάθηκε εμπόδιο. Η EHIS (European Health Interview Survey) ασχολείται με την ύπαρξη ανικανοποίητης ανάγκης για φροντίδα υγείας τον τελευταίο χρόνο, λόγω αυξημένου χρόνου αναμονής και μεγάλης απόστασης ή δυσκολίας μετακίνησης. Επιπρόσθετα, σε μία τρίτη ερώτηση διερευνά το κόστος ως αιτία μη λήψης ιατρικής ή οδοντιατρικής φροντίδας, συνταγογραφούμενης αγωγής και φροντίδας ψυχικής υγείας. Η έρευνα Common Wealth εστιάζει στη δυσκολία προσβασιμότητας εξαιτίας του κόστους όσον αφορά επίσκεψη σε γιατρό ή οδοντίατρο, ιατρική εξέταση, θεραπεία ή αγωγή.<sup>19</sup>

Σύμφωνα με τα τελευταία στατιστικά στοιχεία της ΕΕ<sup>20</sup>, το 3,1% του πληθυσμού ηλικίας 16 ετών και άνω αναφέρει μη ικανοποιημένες ανάγκες για ιατρική εξέταση ή θεραπεία. Το 1,7% αφορά αιτίες που σχετίζονταν με το σύστημα υγείας, ενώ το 1,4% αιτίες μη σχετιζόμενες με το σύστημα υγείας (απουσία χρόνου, φόβος γιατρού/νοσοκομείου/εξέτασης/θεραπείας, τα άτομα περίμεναν να δουν αν θα βελτιωθεί το πρόβλημα ή δεν γνώριζαν κάποιον καλό γιατρό, άλλο). Η Ελλάδα εμφανίζει το δεύτερο υψηλότερο συνολικό ποσοστό για όλες τις αιτίες 9,1%, μετά την Εσθονία. Το υπερβολικό κόστος αποτελεί την πρώτη αιτία ανικανοποίητων αναγκών, τόσο στην ΕΕ γενικά (0,9%), όσο και στην Ελλάδα (7,5%). Το ποσοστό που δηλώνει την απόσταση ως λόγο μη ανεκπλήρωτων αναγκών είναι μεγαλύτερο στην Ελλάδα (0,2%) σε σχέση με την ΕΕ (0,1%). Από την άλλη, όσον αφορά την λίστα αναμονής η Ελλάδα

εμφανίζει χαμηλότερο ποσοστό (0,4%), από τον μέσο όρο της ΕΕ (0,7%) (Πίνακας 1).

Επιπρόσθετα, 4% του πληθυσμού ηλικίας 16 ετών και άνω δηλώνει μη ικανοποιημένες ανάγκες για οδοντιατρική περίθαλψη, με το 2,8% να αφορά αιτίες που σχετίζονταν με το σύστημα υγείας και το 1,2% αιτίες μη σχετιζόμενες με το σύστημα υγείας. Τα αντίστοιχα ποσοστά στην Ελλάδα είναι 8,8% και 0,7%, με αποτέλεσμα το συνολικό ποσοστό να είναι υπερδιπλάσιο από το μέσο όρο της ΕΕ. Βασικότερη αιτία είναι το μεγάλο κόστος των υπηρεσιών αυτών<sup>20</sup> (Πίνακας 1).

Στα περισσότερα κράτη μέλη της ΕΕ η ηλικία είναι ένας παράγοντας που συνδέεται με τις ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρική περίθαλψη. Οι νεότεροι (16-44 και 45-64 χρονών) είναι λιγότερο πιθανό να έχουν μη ικανοποιημένες ανάγκες, συγκριτικά με τους ηλικιωμένους (≥65 χρονών), γεγονός που παρατηρείται και στην Ελλάδα. Αντιθέτως, τα άτομα μέσης ηλικίας (45-64 χρονών) αναφέρουν συχνότερα μη ικανοποιημένες ανάγκες για οδοντιατρική περίθαλψη. Μελετώντας τις μη ικανοποιημένες ανάγκες με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο των πολιτών, παρατηρείται μία αντίστροφη σχέση στις περισσότερες χώρες, δηλαδή αυξημένες ανεκπλήρωτες ανάγκες στα άτομα με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης. Τέλος, εστιάζοντας μόνο στο κόστος των υπηρεσιών υγείας και συσχετίζοντας το με το εισόδημα των πολιτών, παρατηρείται ένα κοινό μοτίβο στις περισσότερες χώρες. Οι έχοντες χαμηλό εισόδημα δηλώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό ανικανοποίητες ανάγκες από τους πολίτες με υψηλότερο εισόδημα.<sup>20</sup> Η Ελλάδα ξεχωρίζει, αφού σχεδόν ένα στα πέντε άτομα με χαμηλό εισόδημα δεν λαμβάνει ιατρική περίθαλψη.<sup>19</sup>

Το 2,7% των πολιτών της ΕΕ δεν μπορούν να ικανοποιήσουν την ανάγκη τους για φροντίδα ψυχικής υγείας, ποσοστό που στην Ελλάδα αγγίζει το 9,7%, λόγω οικονομικών δυσκολιών. Για τον ίδιο λόγο, ποσοστό 4,6% στερείται φαρμακευτικής αγωγής, με την Ελλάδα να εμφανίζει υπερτριπλάσιες τιμές (14,9%). Και

στις δύο περιπτώσεις οι γυναίκες δηλώνουν περισσότερες μη ικανοποιημένες ανάγκες σε σχέση με τους άντρες<sup>20</sup>.

Τα αποτελέσματα από τις αναφερόμενες έρευνες (EU-SILC, EHIS, Common Wealth) θα μπορούσαν να ενοποιηθούν μέσω ενός εργαλείου όπως η ανάλυση αποφάσεων πολλαπλών κριτηρίων (Multi-criteria decision analysis-MCDA).<sup>21</sup> Η χρησιμότητά του έγκειται στο ότι αποτελείται από ένα σύνολο μεθόδων και προσεγγίσεων για την αξιολόγηση των δεδομένων και τη λήψη αποφάσεων, όταν αυτές βασίζονται σε περισσότερα από ένα κριτήρια. Πετυχαίνει την ενοποίηση των ερευνών και βελτιώνει τη στατιστική τους αξιοπιστία, εισάγοντας ορθές διαδικασίες για τη διάρθρωση των προβλημάτων και τη συγκέντρωση κριτηρίων, οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την κατάταξη και την ταξινόμηση ενός συνόλου εναλλακτικών επιλογών ή για την επιλογή των καλύτερων.

### **Κοινωνικές Πολιτικές για την άρση μη ικανοποιημένων αναγκών φροντίδας υγείας**

Η άρση των υγειονομικών ανισοτήτων αποτελεί πρόκληση για την Ελλάδα και τις υπόλοιπες χώρες. Η μέτρηση των μη ικανοποιημένων υγειονομικών αναγκών κάθε χώρας και η συγκριτική αποτύπωσή των ανικανοποίητων αναγκών με βάση τις τυπολογίες του κράτους πρόνοιας (Πίνακας 2), προβάλλει τις μεταρρυθμίσεις που χρειάζεται να γίνουν. Σημειώνεται, ωστόσο, ότι παράλληλα πρέπει να αξιολογούνται και άλλες πτυχές του υγειονομικού συστήματος, όπως η έκταση κάλυψης υγειονομικής περίθαλψης και το ποσό ιδιωτικών πληρωμών ("out of pocket"),

Το Ηνωμένο Βασίλειο, που σύμφωνα με τον Titmuss είναι ένα βιομηχανικό κράτος πρόνοιας, εμφανίζει υπερδιπλάσιες μη καλυπτόμενες ανάγκες εξαιτίας του υγειονομικού συστήματος παρά για άλλους λόγους. Το κυριότερο πρόβλημα φαίνεται να είναι ο μεγάλος χρόνος αναμονής, που παίζει ιδιαίτερο ρόλο και στη Σουηδία. Παρόλα αυτά, η σκανδιναβική χώρα που ανήκει στο

θεσμικό-αναδιανεμητικό μοντέλο της τυπολογίας Titmuss και στο σοσιαλδημοκρατικό μοντέλο της τυπολογίας Espring-Andersen, έχει περισσότερες ανεκπλήρωτες υγειονομικές ανάγκες για λόγους που δεν σχετίζονται με το σύστημα υγείας. Το γεγονός αυτό παρατηρείται και στη Γαλλία, στη Γερμανία και στην Αυστρία, αντιπροσωπευτικές χώρες του κορπορατιστικού μοντέλου κατά τον Espring-Andersen. Το υπερβολικό κόστος αποτελεί την κυριότερη αιτία μη ικανοποιημένων αναγκών στην Ιταλία, που ανήκει εν μέρει στο κορπορατιστικό μοντέλο, αλλά κυρίως στο Νοτιοευρωπαϊκό του Ferrera. Το ίδιο συμβαίνει και στην Ελλάδα σε σημαντικό βαθμό.

Οι αδυναμίες του κράτους πρόνοιας υπογραμμίζουν την ανάγκη για βελτίωσή του και για την ανοικοδόμηση ενός αποδοτικού συστήματος υγείας. Η κοινωνική πολιτική πρέπει να στοχεύσει σε καλύτερη υγειονομική περίθαλψη για το σύνολο του πληθυσμού. Ωστόσο, εάν δεν δοθεί η απαραίτητη βαρύτητα στα λιγότερο ευνοημένα άτομα, τότε είναι δύσκολο να επιτευχθούν οι εθνικοί στόχοι για την υγεία του πληθυσμού ως σύνολο.<sup>22</sup> Αποτελεί γεγονός η ύπαρξη σημαντικών ανισοτήτων για διαφορετικές ομάδες ατόμων, όπως εθνικές μειονότητες, γυναίκες, ηλικιωμένους, άνεργους, χαμηλοεισοδηματίες, άτομα χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου και όσους ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές ή σε ανεπαρκείς συνθήκες στέγασης.<sup>23,24</sup>

Ο εξορθολογισμός της οικονομικής λειτουργίας σημαίνει μείωση της σπατάλης και διαφανής χρηματοδότηση της φροντίδας υγείας. Οι πολιτικές συγκράτησης των δημόσιων δαπανών περιλαμβάνουν πραγματική κοστολόγηση των υπηρεσιών υγείας και αποφυγή της υπερδιάγνωσης και υπερθεραπείας με περιορισμό στον αριθμό των χρηματοδοτούμενων επισκέψεων ανά ιατρό. Φειδώ στα έξοδα για φάρμακα μπορεί να επιτευχθεί με τη θέσπιση κατευθυντήριων γραμμών για την αγορά, τιμολόγηση, αποζημίωση και συνταγογράφηση, και με την αντικατάσταση με γενόσημα από τους φαρμακοποιούς. Η ύπαρξη ενός ενιαίου ασφαλιστικού φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας

προάγει την καθολική κάλυψη του πληθυσμού, όμως χρειάζονται νομοθετικές ρυθμίσεις προκειμένου να εξασφαλιστεί η πρόσβαση όλων των ανασφάλιστων πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος των υπηρεσιών που λαμβάνουν πρέπει να είναι ανάλογη του εισοδήματος και των οικονομικών δυνατοτήτων τους και να μην τους στερεί τη φροντίδα, αλλιώς να απαλλάσσονται από τον επιμερισμό του κόστους. Ταυτόχρονα, το κράτος πρέπει να προστατεύει τους πολίτες από τις δαπάνες υγείας, με μείωση των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών, συμπεριλαμβανομένων και των άτυπων.

Η απόσταση μεταξύ ασθενούς και γιατρού μπορεί να εκμηδενιστεί με την ανάπτυξη ενός υψηλής ποιότητας δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η δημιουργία νέων δομών και η αναβάθμιση των υφιστάμενων είναι απαραίτητη. Η προαγωγή της πρόληψης και ο μηχανισμός υποχρεωτικής παραπομπής από τον γενικό γιατρό στον ειδικό (gatekeeping) αποτελούν επιστημονικές προσεγγίσεις που θα μειώσουν το χρόνο αναμονής.<sup>25</sup> Επιπλέον, η κατανομή των υλικών και των ανθρώπινων πόρων πρέπει να είναι προσαρμοσμένη στις ανάγκες, τόσο γεωγραφικά όσο και από την άποψη του μείγματος ειδικοτήτων. Η αξιοποίηση καινοτόμων τεχνολογιών δίνει τη δυνατότητα εφαρμογής τηλεϊατρικής και τηλεφροντίδας. Άλλοι τρόποι παροχής υπηρεσιών περιλαμβάνουν τη φροντίδα στο σπίτι (π.χ. για ηλικιωμένους και χρόνιους πάσχοντες) και την αντιμετώπιση γλωσσικών και πολιτισμικών ανισοτήτων μέσω διαπολιτισμικών μεσολαβητών (π.χ. για καλύτερη επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και μεταναστών) χωρίς στιγματισμό.<sup>26</sup>

Τέλος, τονίζεται η σημασία διασφάλισης ποιότητας περιθαλψης και μέσω συστημάτων παρακολούθησης και αξιολόγησης των μέτρων που λαμβάνονται.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το κράτος πρόνοιας αποτελεί μία μορφή αστικού, εθνικού κράτους, έχει διευρυμένη κοινωνική λειτουργία και φέρει ευθύνη για την ευημερία των πολιτών του. Οι τυπολογίες που προτάθηκαν διαχρονικά από τους ερευνητές προέκυψαν μέσα από προσεκτική παρατήρηση και είναι άκρως ενδιαφέρουσες. Ωστόσο, η κατηγοριοποίηση του κράτους πρόνοιας είναι ένα θεωρητικό κατασκεύασμα. Τα μοντέλα δεν αντιπροσωπεύουν απόλυτα τα πραγματικά καθεστάτα, καθώς τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και οι χρωματισμοί κάθε χώρας δε λαμβάνονται υπόψη. Αποτελούν ιδεοτύπους που δείχνουν τον τρόπο σχεδιασμού και εφαρμογής κοινωνικής πολιτικής και διευκολύνουν την προσαρμογή των κρατών στις νέες προκλήσεις, προβάλλοντας την εξελικτική τους διάθεση.

Στον τομέα της υγείας οι μεταρρυθμίσεις κρίνονται απαραίτητες, για να αρθούν οι υγειονομικές ανισότητες και να επιτευχθεί δίκαιη πρόσβαση στην παρεχόμενη φροντίδα σε όλους όσοι την έχουν ανάγκη. Οι αυτοαναφερόμενες μη ικανοποιημένες υγειονομικές ανάγκες, σε συνδυασμό με άλλους δείκτες, αναδεικνύουν τα ελλείμματα που χαρακτηρίζουν το κάθε κράτος ως προς την προσβασιμότητα, τη διαθεσιμότητα και την αποδοχή των υπηρεσιών υγείας. Έτσι, η κοινωνική πολιτική επικεντρώνεται στις διαρθρωτικές μεταβολές που θα προσφέρουν την καλύτερη δυνατή υγεία σε όλα τα μέλη του πληθυσμού, δίνοντας ιδιαίτερη σημασία στις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες. Το κάθε κράτος οφείλει, λοιπόν, να δώσει λύσεις ώστε το κόστος, η απόσταση και ο χρόνος αναμονής να μην στέκονται εμπόδιο στην λήψη φροντίδας.

**Πίνακας 1:** Αναφορά μη ικανοποιημένων αναγκών για ιατρική και οδοντιατρική εξέταση ή θεραπεία, κατά κύριο λόγο, 2019 (% ποσοστό των ατόμων ηλικίας 16 ετών και άνω)



Αυτοαναφερόμενες μη ικανοποιημένες ανάγκες (% ατόμων 16 ετών και άνω)												
		Συνολικά	Λόγοι που σχετίζονται με το υγειονομικό σύστημα				Λόγοι που δεν σχετίζονται με το υγειονομικό σύστημα					
			Συνολικά	Υπερβολικό κόστος	Μεγάλη απόσταση	Αυξημένος χρόνος αναμονής	Συνολικά	Απουσία χρόνου	Δε γνώριζε κάποιον καλό γιατρό	Φόβος γιατρού/νοσοκομείου/ εξέτασης/θεραπείας	Ήθελε να περιμένει να δει αν θα βελτιωθεί το πρόβλημα	Άλλο
Ιατρική εξέταση ή θεραπεία	EU-27	3.1	1.7	0.9	0.1	0.7	1.4	0.3	0.1	0.1	0.6	0.3
	Greece	9.1	8.1	7.5	0.2	0.4	1.0	0.1	0.0	0.3	0.6	0.0
Οδοντιατρική εξέταση ή θεραπεία	EU-27	4.0	2.8	2.5	0.0	0.2	1.2	0.3	0.0	0.4	0.2	0.3
	Greece	9.5	8.8	8.6	0.0	0.1	0.7	0.1	0.0	0.2	0.4	0.0

Προσαρμογή από Eurostat 2021<sup>20</sup>

**Πίνακας 2:** Αυτοαναφερόμενες μη ικανοποιημένες υγειονομικές ανάγκες για ιατρική εξέταση ή θεραπεία σε αντιπροσωπευτικές χώρες των μοντέλων κράτους πρόνοιας κάθε τυπολογίας

Τυπολογία	Μοντέλο	Αντιπροσωπευτικές χώρες	Αυτοαναφερόμενες μη ικανοποιημένες ανάγκες (% ατόμων 16 ετών και άνω)					
			Συνολικά	Λόγοι που σχετίζονται με το υγειονομικό σύστημα				Λόγοι που δεν σχετίζονται με το υγειονομικό σύστημα Συνολικά
				Συνολικά	Υπερβολικό κόστος	Μεγάλη απόσταση	Αυξημένος χρόνος αναμονής	
Titmuss	Υπολεπμματικό	Η.Π.Α.						
	Βιομηχανικό	Ηνωμένο Βασίλειο	8.2	4.5	0.1	0.1	4.3	3.7
	Θεσμικό – αναδιανεμητικό	Σουηδία	4.4	1.4	0.0	0.0	1.4	3.0
Espring – Andersen	Σοσιαλδημοκρατικό							
	Φιλελεύθερο	ΗΠΑ, Νέα Ζηλανδία Αυστραλία, Καναδάς						
	Κορπορατιστικό	Γαλλία	3.2	1.3	0.8	0.1	0.4	1.9
		Γερμανία	0.7	0.2	0.1	0.0	0.1	0.5
Ferrera	Νοτιοευρωπαϊκό	Αυστρία	0.7	0.3	0.2	0.0	0.1	0.4
		Ιταλία	1.9	1.7	1.3	0.0	0.4	0.2
		Ισπανία	0.3	0.2	0.0	0.0	0.2	0.1
		Ελλάδα	9.1	8.1	7.5	0.2	0.4	1.0

\*Σημείωση: Το υπολεπμματικό και το φιλελεύθερο μοντέλο εμφανίζονται στον πίνακα χωρίς στατιστικά στοιχεία, μόνο για σκοπούς πλήρους αναφοράς των τυπολογιών

Προσαρμογή από Eurostat 2021<sup>20</sup>

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Στασινοπούλου Ο. Κοινωνική Πολιτική βασικές έννοιες, ιστορική εξέλιξη, φορείς και πρότυπα. Σημειώσεις Μαθήματος Τμήματος Κοινωνικής Πολιτικής Παντείου Πανεπιστημίου. Αθήνα, 2006.
2. Τσαούσης Δ. Χρηστικό λεξικό κοινωνιολογίας. Αθήνα, Εκδόσεις Gutenberg, 1984.
3. Δικαίος Κ, Χλέτσος Μ. Πολιτική Υγείας/Κοινωνική Πολιτική. Πάτρα, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, 1999.

4. Ανώνυμος. Κοινωνικό κράτος και κοινωνική πολιτική: περιεχόμενο των όρων. Διαθέσιμο από: [https://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies\\_esdd/15/3/712.pdf](https://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/15/3/712.pdf) Ημερ.πρόσβασης: 28/12/2020.
5. Σακελλαρόπουλος Θ. Η Μεταρρύθμιση του Κοινωνικού Κράτους, τόμος Α'. Αθήνα, Εκδόσεις Κριτική, 1999.
6. World Health Organisation. Health Systems Strengthening Glossary. Διαθέσιμο από: [https://www.who.int/healthsystems/hss\\_glossary/en/](https://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/) Ημερ.πρόσβασης: 28/12/2020.
7. Πάσχος Κ, Μαλλιαρού Μ, Μπαμίδης Π. Η αμφισβήτηση του κράτους πρόνοιας και η επίδραση της παγκοσμιοποίησης στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών. *Επιστημονικά Χρονικά* .2016, 21(1): 50–65.
8. Κουκουφιλίππου Ι, Παπαβασιλείου Ε, Κοϊνης Α. Κοινωνική πολιτική και δαπάνες κοινωνικής προστασίας και υγείας. *Το βήμα του Ασκληπιού*. 2016; 15(4): 346-364.
9. Titmuss RM. *Social policy: An introduction*. Allen & Unwin, London, 1974.
10. Andersen J. *Welfare States and Welfare State Theory*. Aalborg: Centre for Comparative Welfare Studies, Institut for Økonomi, Politiko Forvaltning, Aalborg Universitet, Denmark, 2012.
11. Bamba C. Going beyond The three worlds of welfare capitalism: regime theory and public health research. *Journal of epidemiology and community health*. 2007; 61(12): 1098-1102.
12. Ferrera M. «Η Ανασυγκρότηση του Κοινωνικού Κράτους στη Νότια Ευρώπη» επιμέλεια Μασσαγγάνης Μ. στο Προοπτικές του Κοινωνικού Κράτους στη Νότια Ευρώπη, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, 1999.
13. Σαράφης Π, Μπαμίδης Π. *Υπηρεσίες Υγείας – Συστήματα & Πολιτικές*. Λευκωσία, Εκδόσεις Broken Hill, 2020.
14. Ιωάννου Α, Αποστολάκης Ι, Σαράφης Π. Κοινωνική Πολιτική, Κράτος Πρόνοιας και Μακροχρόνια Φροντίδα στην Ελλάδα σε σύγκριση με την Ευρώπη - Οι προκλήσεις στην αυγή του 2020. *Νοσηλευτική*. 2020; 59(3): 212–220.
15. Νοικοκυράκης Γ, Σαράφης Π. Κοινωνική προστασία και προκλήσεις του ευρωπαϊκού κράτους πρόνοιας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 2018; 35(4): 464-471.
16. Ιωάννου Α. *Τυπολογίες κρατών πρόνοιας – Το σύστημα υγείας της Κύπρου: πλαίσιο, δρώντες, κίνητρα και συμπεριφορές [Μεταπτυχιακή Εργασία]*. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, 2013.
17. Carr W, Wolfe S. Unmet Needs as Sociomedical Indicators. *International Journal of Health Services*. 1976; 6(3):417-430.
18. OECD/European Union. *Health at a Glance – Europe 2020 - State of Health in the EU Cycle*. Paris, OECD Publishing, 2020.
19. OECD. *Unmet needs for health care - Comparing approaches and results from international surveys*. 2020. Available at: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Unmet-Needs-for-Health-Care-Brief-2020.pdf> . Accessed at: 13/2/2021.
20. Eurostat – *Statistics explained*. Unmet health care needs statistics. 2021. Available at: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet\\_health\\_care\\_needs\\_statistics#Unmet\\_needs\\_for\\_medical\\_examination\\_or\\_treatment](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics#Unmet_needs_for_medical_examination_or_treatment). Accessed at: 13/2/2021.
21. Araja D. Multi-criteria decision analysis as a tool for evaluation of unmet needs in health care. *Int Conf Society Health Welfare* 2016. SHS Web of Conferences 2018, 51, 02001.

22. World Health Organisation. Έννοιες και αρχές στην αντιμετώπιση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία – Εξίσωση προς τα άνω (Μέρος Α'), επιμέλεια Κούτα Χ, Μίτλεπτον Ν. Λευκωσία, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, 2013.
23. Τσιρωνά Χ, Σίσκου Ο, Γαλάνης Π, Καϊτελίδου Δ. Διερεύνηση των Ανικανοποίητων Αναγκών Υγείας Ευάλωτων Πληθυσμιακών Ομάδων την Περίοδο της Οικονομικής Κρίσης στην Ελλάδα. Νοσηλευτική. 2019; 58(2): 126–138.
24. 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. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2013; 10, 2017-2027.
25. ΟΟΣΑ / Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο. Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ – Ελλάδα – Προφίλ Υγείας, 2019.
26. OECD Health Policy Studies. Health for everyone? - Social inequalities in health and health systems. Paris, OECD Publishing, 2019.