

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Υγεία και ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας των ανέργων στην Ελλάδα

ΣΚΟΠΟΣ Η διερεύνηση της χρήσης υπηρεσιών υγείας του άνεργου πληθυσμού και η καταγραφή των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας του στην Ελλάδα. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Μια συγχρονική μελέτη διεξήχθη σε Κέντρα Πρόωθησης της Απασχόλησης του Οργανισμού Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού στην Αττική. Από απλή τυχαία δειγματοληψία 1.000 ανέργων, συμμετείχαν 830 άνεργοι (ποσοστό απόκρισης 83%). Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από τον Ιούνιο του 2016 έως τον Σεπτέμβριο του 2017, με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο κατέγραφε τη χρήση, την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την αυτοαξιολόγηση της κατάστασης υγείας του άνεργου πληθυσμού τους τελευταίους 12 μήνες. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων διενεργήθηκε με το λογισμικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS), έκδοση 25.0. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Η πλειοψηφία του δείγματος των ανέργων αποτελείται από γυναίκες, με μέση τιμή ηλικίας τα $35,8 \pm 10,3$ έτη. Το 32,3% είχε μηνιαίο καθαρό εισόδημα πριν από την ανεργία 1.001–1.500 €, ενώ κατά τη διάρκεια της ανεργίας το ποσοστό μειώθηκε στο 20,4% ($p=0,001$). Το 71,8% και το 28,2% ήταν βραχυχρόνια και μακροχρόνια άνεργοι, αντίστοιχα. Η κατάσταση υγείας των ανέργων είχε διαφορά πριν από την ανεργία (μέση τιμή 85) και κατά τη διάρκεια αυτής (μέση τιμή 68,3) ($p=0,001$). Οι περισσότεροι άνεργοι έκαναν χρήση δημόσιων δομών για ιατρική φροντίδα, νοσηλεία και προληπτικό έλεγχο και ιδιωτικών δομών για οδοντιατρική φροντίδα και υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Οι άνεργοι με παιδιά και τα άτομα με υψηλό εισόδημα εμφάνισαν περισσότερες πιθανότητες να επισκεφθούν υπηρεσίες υγείας ($p=0,006$ και $p=0,017$, αντίστοιχα). Το 42,4% δήλωσε ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας. Ωστόσο, μόνο το 15,1% χρειάστηκε να απευθυνθεί σε κοινωνικό-δημοτικό ιατρείο/φαρμακείο, ή μη κερδοσκοπικό οργανισμό, ενώ το 14,3% δεν γνώριζε την ύπαρξη τέτοιων υπηρεσιών. Επίσης, τα άτομα ηλικίας 41 ετών και άνω ($p=0,001$), αυτοί που είχαν ολοκληρώσει υποχρεωτική εκπαίδευση ($p=0,001$), όσοι δήλωσαν μηνιαίο καθαρό εισόδημα ≤ 1.500 € κατά τη διάρκεια της ανεργίας ($p=0,001$), καθώς και οι μακροχρόνια άνεργοι ($p=0,001$) εμφάνισαν υψηλότερες πιθανότητες να αναφέρουν ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Οι άνεργοι χρησιμοποιούν δημόσιες υπηρεσίες υγείας για τις επείγουσες ανάγκες υγείας, ενώ οι προληπτικές εξετάσεις δεν συνιστούν προτεραιότητα. Οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας επιλέγονται κυρίως για οδοντιατρική φροντίδα και υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Οι μισοί σχεδόν άνεργοι δήλωσαν ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας. Επομένως, κρίνεται σκόπιμη η δόμηση ενός ολοκληρωμένου δικτύου υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας, καθώς και η συνέργεια και η συνεχής ανατροφοδότηση των φορέων απασχόλησης με τα κοινωνικά και τα υγειονομικά προβλήματα των ανέργων.

Οι κυβερνήσεις των ευρωπαϊκών χωρών, στην προσπάθειά τους να αντεπεξέλθουν στην οικονομική κρίση (2007–2014), επέλεξαν να θεσπίσουν πολιτικές μείωσης των δημόσιων δαπανών, με συνέπεια τον περιορισμό του

κοινωνικού κράτους. Η λήψη δημοσιονομικών μέτρων λιτότητας στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης είχε δυσμενείς επιπτώσεις στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σε ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο.^{1–3}

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2021, 38(5):642–650
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2021, 38(5):642–650

Δ. Λατσού,¹
Γ. Πιερράκος,²
Μ. Γείτονα¹

¹Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Κόρινθος

²Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα

Health and unmet health needs of the unemployed in Greece

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Ανεκπλήρωτες ανάγκες
Άνεργος πληθυσμός
Κατάσταση υγείας
Χρήση υπηρεσιών υγείας

Υποβλήθηκε 4.11.2020
Εγκρίθηκε 23.1.2021

Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί πρωταρχικό παράγοντα για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας και τη δίκαιη κατανομή των υγειονομικών πόρων. Στο πλαίσιο του κοινωνικού κράτους, τα συστήματα υγείας στοχεύουν στην κάλυψη των αναγκών υγείας και στη διασφάλιση της ισότητας στην πρόσβαση και στην παροχή φροντίδας υγείας, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του πληθυσμού, εστιάζοντας στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.⁴⁻⁶

Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες προσδιορίζονται από τη διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών οι οποίες κρίνονται απαραίτητες για την κατάλληλη αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας και των υπηρεσιών που πραγματικά λαμβάνονται από τον ασθενή⁷ και είθισται να χρησιμοποιούνται ως κριτήρια για την παρακολούθηση της προσβασιμότητας και της έκτασης της ανισότητας στην πρόσβαση και στη χρήση των υπηρεσιών υγείας.^{4,8,9} Επιπρόσθετα, μελέτες έχουν δείξει ότι οι ανεκπλήρωτες ανάγκες επιδεινώνουν τη σωματική υγεία, την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής των πολιτών,^{10,11} ενώ αυξάνουν τη θνησιμότητα.¹²

Παρά την καθολικότητα στην πρόσβαση και στη χρήση των υπηρεσιών υγείας που επικρατούν κατά το πλείστον στις ευρωπαϊκές χώρες, η δημοσιονομική ύφεση είχε ως συνέπειες την αύξηση της ανεργίας¹³ και την απώλεια της ασφαλιστικής κάλυψης, επηρεάζοντας τη χρήση υγειονομικής περίθαλψης από τον πληθυσμό.^{14,15} Διεθνή δεδομένα καταγράφουν την Ελλάδα ως τη χώρα με τις περισσότερες και μεγαλύτερες διάρκειες επιπτώσεις.^{16,17} Ειδικότερα, τα μέτρα δημοσιονομικής πειθαρχίας επέφεραν μειώσεις των δημόσιων δαπανών και των εισοδημάτων των νοικοκυριών, καθώς και αύξηση της ανεργίας. Σύμφωνα με στοιχεία της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας, η ανεργία αφορούσε στο 7,8% του ενεργού πληθυσμού το 2008 και στο 21,5% το 2017.¹³ Η ύφεση έπληξε το ήδη υποχρηματοδοτούμενο και υποστελεχωμένο σύστημα υγείας, προκαλώντας περιορισμό των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας και κατ'επέκταση αύξηση των ατόμων που αναφέρουν ανεκπλήρωτες ιατρικές και οδοντιατρικές ανάγκες.^{18,19}

Με δεδομένο ότι λίγες μελέτες έχουν εστιάσει αμιγώς στο ερευνητικό τους ενδιαφέρον στον άνεργο πληθυσμό,^{20,21} σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση της χρήσης υπηρεσιών υγείας του άνεργου πληθυσμού και η καταγραφή των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας του στην Ελλάδα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Εκπονήθηκε συγχρονική μελέτη σε κέντρα προώθησης της απασχόλησης (ΚΠΑ2) του Οργανισμού Απασχόλησης Εργατικού

Δυναμικού (ΟΑΕΔ) στην Αττική. Στον ΟΑΕΔ λειτουργούν πολλά ΚΠΑ2 σε ολόκληρη τη χώρα, με στόχο την εξυπηρέτηση των ανέργων και των επιχειρήσεων, προσφέροντας υπηρεσίες για την προώθηση στην απασχόληση.²² Στην Αθήνα και στον Πειραιά τα ΚΠΑ2 χωρίζονται σε πέντε τομείς με βάση τη χωροταξική κατανομή των δήμων που εξυπηρετούν. Τα ΚΠΑ2 που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν: Κηφισιάς, Γλυφάδας, Αμπελοκήπων, Αθηνών, Περιστερίου και Πειραιά. Για τη δειγματοληπτική έρευνα επιλέχθηκε τουλάχιστον ένας δήμος από κάθε τομέα της Αθήνας και του Πειραιά.

Ως δείγμα της μελέτης ορίστηκαν οι άνεργοι που ήταν εγγεγραμμένοι στα μητρώα του ΟΑΕΔ και επισκέπτονταν τα ΚΠΑ2 στην περιοχή της Αττικής. Ο συνολικός αριθμός των ανέργων κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας ήταν περίπου 300.000.²³ Έτσι, επιλέχθηκε ένα τυχαίο δείγμα 1.000 ανέργων χωρίς επαναποθέτηση και τους ζητήθηκε να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο κατά την αναμονή τους στα ΚΠΑ2. Από τα 1.000 αυτά άτομα συλλέχθηκαν συμπληρωμένα 830 ερωτηματολόγια, τα οποία περιλήφθηκαν στη μελέτη (ποσοστό απόκρισης 83%). Η συλλογή των δεδομένων έλαβε χώρα από τον Ιούνιο του 2016 έως τον Σεπτέμβριο του 2017.

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας αποτελείται από τρεις ενότητες. Η πρώτη ενότητα περιλαμβάνει τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του άνεργου, όπως φύλο, ηλικία, κατάσταση διαμονής, ύπαρξη παιδιών, επίπεδο εκπαίδευσης, μηνιαίο καθαρό εισόδημα νοικοκυριού πριν και κατά τη διάρκεια της ανεργίας. Η δεύτερη ενότητα καταγράφει τη χρήση και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας των ανέργων τους τελευταίους 12 μήνες. Ειδικότερα, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να αναφέρουν τη χρήση υπηρεσιών για ιατρική/οδοντιατρική φροντίδα, υπηρεσίες ψυχικής υγείας, νοσηλεία, προληπτικό έλεγχο, κατανάλωση φαρμάκων και τη χρήση υπηρεσιών από κοινωνικά-δημοτικά ιατρεία/φαρμακεία και μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς (ΜΚΟ). Ερωτήσεις σχετικά με την αδυναμία κάλυψης των αναγκών υγείας τους λόγω οικονομικής δυσχέρειας στόχευαν στη δυνατότητα διερεύνησης των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας. Στην τρίτη ενότητα ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να αξιολογήσουν την κατάσταση της υγείας τους με τη χρήση της οπτικής αναλογικής κλίμακας (Visual Analogue Scale), η οποία έχει τη μορφή ενός «θερμόμετρου υγείας», όπου το 0 αντιπροσωπεύει τη χειρότερη και το 100 την άριστη κατάσταση υγείας.^{24,25}

Η έρευνα εγκρίθηκε από την Επιτροπή Ερευνητικής Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και από τη διοίκηση του ΟΑΕΔ. Τα ερωτηματολόγια ήταν προαιρετικά και ανώνυμα και οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν σχετικά με τον σκοπό της έρευνας και ρωτήθηκαν εάν επιθυμούσαν να συμμετάσχουν, παρέχοντας προφορική συγκατάθεση.

Στατιστική ανάλυση

Η επεξεργασία των δεδομένων βασίστηκε στην περιγραφική και στην επαγωγική ανάλυση. Ειδικότερα, τα αποτελέσματα παρουσιάζονται με μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις, απόλυτους αριθμούς και ποσοστιαίες κατανομές. Η σύγκριση των ποιοτικών

μεταβλητών παρουσιάζεται με τη χρήση του Pearson's Chi-squared test, ενώ για τις ποσοτικές μεταβλητές εφαρμόστηκαν παραμετρικές δοκιμασίες. Η στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ δύο ανεξάρτητων ομάδων αναλύθηκε με το Student's t-test και μεταξύ τριών ανεξάρτητων ομάδων με την ανάλυση διακύμανσης (analysis of variances). Ως ανεξάρτητες μεταβλητές επιλέχθηκαν τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και ως εξαρτημένες μεταβλητές η χρήση δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, η κατανάλωση φαρμάκων και οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας. Επί πλέον, στοχεύοντας στη διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων που επηρεάζουν τη χρήση δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, καθώς και στις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας του άνεργου πληθυσμού, πραγματοποιήθηκαν τρία μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης. Στο πρώτο μοντέλο τέθηκε ως εξαρτημένη μεταβλητή η χρήση δημόσιων υπηρεσιών υγείας, στο δεύτερο η χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και στο τρίτο μοντέλο οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας. Αντίστοιχα, ως ανεξάρτητες μεταβλητές στα ανωτέρω μοντέλα επιλέχθηκαν τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Η μέθοδος που εφαρμόστηκε ήταν η backward LR. Η στατιστική ανάλυση διεξήχθη με το λογισμικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS for Windows), έκδοση 25.0. Το επίπεδο σημαντικότητας των αναλύσεων τέθηκε σε $<0,05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Χαρακτηριστικά δείγματος

Η πλειοψηφία του δείγματος των ανέργων αποτελείται από γυναίκες, με μέση τιμή ηλικίας τα $35,8 \pm 10,3$ έτη, διέμενε με σύζυγο/σύντροφο ή γονείς και δεν είχε παιδιά (πίν. 1). Επίσης, το 32,3% είχε μηνιαίο καθαρό εισόδημα 1.001–1.500 € πριν από την ανεργία, ενώ κατά τη διάρκεια της ανεργίας το 35,2% είχε εισόδημα 501–1.000 €. Το 71,8% του δείγματος ήταν βραχυχρόνια άνεργοι, με μέση διάρκεια 5 μήνες ($\pm 8,7$), ενώ το 28,2% ήταν μακροχρόνια άνεργοι, με μέση διάρκεια τα 4,1 έτη ($\pm 2,5$).

Κατάσταση υγείας και χρήση υπηρεσιών υγείας

Σύμφωνα με την οπτική αναλογική κλίμακα, η κατάσταση υγείας των ανέργων είχε στατιστικά σημαντική διαφορά πριν από την ανεργία (μέση τιμή 85) και κατά τη διάρκεια αυτής (μέση τιμή 68,3) ($p=0,001$). Επίσης, μόνο το 16,4% των ανέργων έπασχαν από μακροχρόνια ασθένεια, από τους οποίους το 14,2% δήλωσε ότι λάμβανε συστηματικά φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπισή της.

Από τα στοιχεία της εικόνας 1 προκύπτει ότι η πλειοψηφία των ανέργων έκαναν χρήση δημόσιων δομών για ιατρική φροντίδα ($n=163$), νοσηλεία ($n=13$) και προληπτικό έλεγχο ($n=153$), ενώ για οδοντιατρική φροντίδα ($n=225$) και υπηρεσίες ψυχικής υγείας ($n=38$) επιλέγονταν οι ιδι-

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά δείγματος.

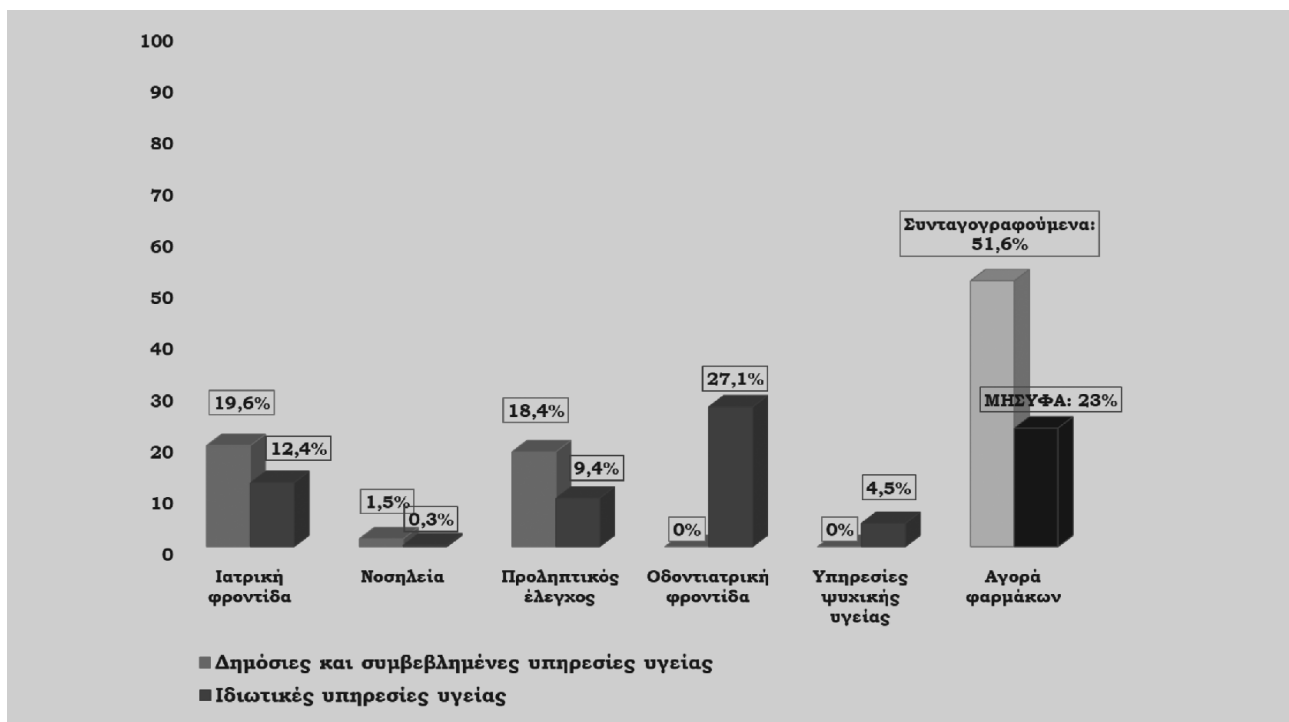
		n	%
Φύλο	Άνδρας	281	33,9
	Γυναίκα	549	66,1
Κατάσταση διαμονής	Μόνος	252	30,4
	Με σύζυγο/σύντροφο	294	35,4
	Με γονείς	256	30,8
Ύπαρξη παιδιών	Όχι	607	73,1
	Ναι	223	26,9
Εκπαίδευση	Υποχρεωτική	52	6,4
	Λύκειο	293	35,9
	ΙΕΚ	19	2,3
	ΤΕΙ, ΑΕΙ	452	55,4
Μηνιαίο καθαρό εισόδημα ΠΡΙΝ από την ανεργία (€)	Καθόλου	0	0
	έως 500	32	3,9
	501–1.000	134	16,7
	1.001–1.500	268	32,3
	1.501+	396	47,7
Μηνιαίο καθαρό εισόδημα ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ της ανεργίας (€)	Καθόλου	43	5,2
	έως 500	222	26,7
	501–1.000	292	35,2
	1.001–1.500	169	20,4
	1.501+	104	12,5

ΙΕΚ: Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης, ΤΕΙ: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, ΑΕΙ: Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

ωτικές δομές. Σχετικά με την κατανάλωση φαρμάκων, το ήμισυ του δείγματος έκανε χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων ($n=429$).

Η σύγκριση της χρήσης δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας ανέδειξε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα, κυρίως όσον αφορά στην ύπαρξη παιδιών και στο εισόδημα (πίν. 2). Ειδικότερα, τα άνεργα άτομα με παιδιά είχαν περισσότερες πιθανότητες να επισκεφθούν δημόσιες ή και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας για αναζήτηση ιατρικής φροντίδας και προληπτικού ελέγχου, σε σύγκριση με τους άνεργους χωρίς παιδιά. Όσο αύξανε το δηλωμένο εισόδημα των ανέργων κατά τη διάρκεια της ανεργίας αύξαναν και οι πιθανότητες να επισκεφθούν δημόσιες ή και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, όπως ιατρική φροντίδα, προληπτικό έλεγχο, οδοντιατρική φροντίδα και υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Ός προς τη χρήση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας το μοντέλο παλινδρόμησης έδειξε ότι τα άτομα που είχαν παιδιά χρησιμοποίησαν συχνότερα τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τα άτομα που δεν είχαν. Πιο συγκεκρι-



Εικόνα 1. Χρήση υπηρεσιών υγείας άνεργου πληθυσμού. ΜΗΣΥΦΑ: Μη συνταγογραφούμενα φάρμακα.

Πίνακας 2. Χρήση δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας σε σύγκριση με ύπαρξη παιδιών και εισόδημα.

	Ύπαρξη παιδιών		Τιμή p	Εισόδημα κατά τη διάρκεια της ανεργίας					Τιμή p
	Όχι	Ναι		Καθόλου	Έως 500	501-1000	1001-1500	1501+	
<i>Δημόσιες και συμβεβλημένες υπηρεσίες υγείας</i>									
Ιατρική φροντίδα	17,0%	25,6%	0,006	14,0%	14,0%	22,3%	18,3%	29,1%	0,023
Προληπτικός έλεγχος	3,6%	7,2%	0,030	0,0%	0,9%	6,2%	5,9%	10,1%	0,003
<i>Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας</i>									
Ιατρική φροντίδα	6,6%	28,3%	0,001	0,0%	6,8%	13,0%	20,1%	20,3%	0,001
Προληπτικός έλεγχος	2,3%	28,7%	0,001	0,0%	0,0%	15,1%	15,4%	10,1%	0,001
Οδοντιατρική φροντίδα				14,0%	18,5%	24,3%	33,1%	35,4%	0,001
Υπηρεσίες ψυχικής υγείας				0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	31,6%	0,001

Pearson's Chi-squared test

μένα, η σχετική πιθανότητα ήταν 1,680 φορές μεγαλύτερη στα άτομα με παιδιά (odds ratio [OR]=1,680, p=0,015, 95% confidence interval [CI]=1,104-2,558). Όσο αύξανε το εισόδημα των ατόμων κατά 1.000 €, αύξανε και η σχετική πιθανότητα συχνότερης χρήσης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας (OR=1,136, p=0,025, 95% CI=0,983-1,314). Αντίστοιχα, το μοντέλο παλινδρόμησης για τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας έδειξε ότι τα άτομα που είχαν παιδιά χρησιμοποίησαν συχνότερα τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τα άτομα που δεν είχαν. Πιο συγκεκριμένα, η σχετική πιθανό-

τητα ήταν 4,422 φορές μεγαλύτερη στα άτομα με παιδιά (OR=4,422, p=0,001, 95% CI=2,845-6,872). Όσο αύξανε το εισόδημα των ατόμων κατά 1.000 €, αύξανε και η σχετική πιθανότητα συχνότερης χρήσης των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (OR=1,611, p=0,001, 95% CI=1,373-1,890).

Ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας

Το 42,4% δήλωσε ότι υπήρξαν περιπτώσεις όπου χρειάστηκαν φάρμακα ή υπηρεσίες υγείας, αλλά δεν είχε τη

δυνατότητα να ανταποκριθεί οικονομικά (αντίτιμο ιατρικής επίσκεψης και συμμετοχή σε φάρμακα) (πίν. 3). Ωστόσο, μόνο το 15,1% των ανέργων χρειάστηκαν να απευθυνθούν σε κοινωνικό-δημοτικό ιατρείο/ φαρμακείο ή ΜΚΟ για την κάλυψη των αναγκών υγείας τους, ενώ σημαντικό ήταν και το 14,3% που απάντησε ότι δεν γνώριζε την ύπαρξη τέτοιων υπηρεσιών.

Ο έλεγχος των διαφορών μεταξύ της ύπαρξης ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας και των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος και της διάρκειας της ανεργίας έδειξε ότι τα άτομα ηλικίας ≥ 41 ετών, αυτοί που είχαν ολοκληρώσει υποχρεωτική εκπαίδευση, όσοι δήλωσαν μηνιαίο καθαρό εισόδημα ≤ 1.500 € κατά τη διάρκεια της ανεργίας, καθώς και οι μακροχρόνια άνεργοι είχαν υψηλό-

τερες πιθανότητες να αναφέρουν ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας (πίν. 4). Επιπρόσθετα, οι άνεργοι που δήλωσαν ότι είχαν ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας ανέφεραν χειρότερη κατάσταση υγείας ($60,2 \pm 23,7$), σε σύγκριση με τους άνεργους χωρίς ανεκπλήρωτες ανάγκες ($74 \pm 20,9$) ($p=0,001$). Το μοντέλο παλινδρόμησης έδειξε ότι όσο αύξανε το εισόδημα των ατόμων κατά 1.000 €, αύξανε και η σχετική πιθανότητα να δηλώσουν ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας ($OR=0,775$, $p=0,010$, $95\% CI=0,638-0,941$). Τα άτομα ηλικίας ≥ 41 ετών είχαν υψηλότερη σχετική πιθανότητα ανεκπλήρωτων αναγκών ($OR=1,218$, $p=0,019$, $95\% CI=1,033-1,436$). Ακόμη, όσο επιδεινωνόταν η κατάσταση υγείας των ανέργων αύξανε και η σχετική πιθανότητα να δηλώσουν ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας ($OR=0,975$, $p=0,001$, $95\% CI=0,968-0,983$).

Πίνακας 3. Ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας και χρήση κοινωνικών υπηρεσιών υγείας.

	Ναι		Όχι		Δεν το γνωρίζω	
	n	%	n	%	n	%
Ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας	352	42,4	478	57,6	-	-
Χρήση κοινωνικού-δημοτικού ιατρείου/φαρμακείου, ή μη κερδοσκοπικού οργανισμού (ΜΚΟ)	125	15,1	586	70,6	119	14,3

Πίνακας 4. Ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας σε σύγκριση με κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και διάρκεια ανεργίας.

	Ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας				Τιμή p
	Όχι		Ναι		
	n	%	n	%	
<i>Ηλικιακή ομάδα</i>					0,001
≤ 40 ετών	322	62,9	190	37,1	
> 41 ετών	114	47,5	126	52,5	
<i>Εκπαίδευση</i>					0,001
Υποχρεωτική	23	44,2	29	55,8	
Δευτεροβάθμια και μεταδευτεροβάθμια	163	52,2	149	47,8	
Τριτοβάθμια	288	63,7	164	36,3	
<i>Εισόδημα κατά τη διάρκεια της ανεργίας (€)</i>					0,001
Καθόλου	13	30,2	30	69,8	
≤ 500	126	56,8	96	43,2	
501–1.000	161	55,1	131	44,9	
1.001–1.500	101	59,8	68	40,2	
1.501+	68	86,1	11	13,9	
<i>Διάρκεια ανεργίας</i>					0,001
≤ 12 μήνες	369	61,9	227	38,1	
> 12 μήνες	109	46,6	125	53,4	

Pearson's Chi-squared test

Η σύγκριση μεταξύ χρήσης κοινωνικού-δημοτικού ιατρείου/φαρμακείου, ΜΚΟ και εισοδήματος των ανέργων αποκάλυψε ότι όσο μειωνόταν το εισόδημα, αυξανόταν η χρήση των προαναφερόμενων δομών, αλλά και η άγνοια της ύπαρξής τους (πίν. 5). Η κατάσταση υγείας του δείγματος συνέβαλε καθοριστικά στη χρήση των συγκεκριμένων υπηρεσιών, καθώς οι άνεργοι με μέτρια υγεία είτε είχαν επισκεφθεί τις εν λόγω δομές (55,4±25,7), είτε δεν τις γνώριζαν (59,4±21,5), σε αντίθεση με τους άνεργους με καλή υγεία (μέση τιμή 72,6±21,4), που δεν είχε χρειαστεί να τις επισκεφθούν για κάλυψη των αναγκών υγείας τους (p=0,001).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Δεδομένου ότι η Ελλάδα εμφάνισε το υψηλότερο ποσοστό ανεργίας και απώλειας εισοδήματος μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης,¹³ η παρούσα έρευνα στόχευσε στην καταγραφή της χρήσης και της ερμηνείας των υπηρεσιών υγείας, καθώς και στη διερεύνηση των ανεκπλήρωτων αναγκών, με στόχο τον άνεργο πληθυσμό στην Ελλάδα.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η μείωση του εισοδήματος των ανέργων εκτιμήθηκε περίπου στο ύψος ενός βασικού μισθού, υποδηλώνοντας ότι οι άνεργοι έχουν περιέλθει σε οικονομική δυσχέρεια. Παρά το γεγονός ότι η κατάσταση υγείας των ανέργων έχει επιδεινωθεί, η χρήση των υπηρεσιών υγείας έχει περιοριστεί λόγω οικονομικής αδυναμίας στη συνασφάλιση, καθώς 4 στους 10 άνεργους δήλωσαν ανεκπλήρωτες ανάγκες. Ωστόσο, μόνο οι μισοί απευθύνθηκαν σε κοινωνικό-δημοτικό ιατρείο/φαρμακείο ή ΜΚΟ για την κάλυψη των αναγκών τους, ενώ οι υπόλοιποι δεν γνώριζαν την ύπαρξή τους.

Τα περισσότερα από τα παραπάνω ευρήματα είναι ταυτόσημα με τα αντίστοιχα ευρήματα της ελληνικής και της διεθνούς βιβλιογραφίας. Η ανεργία έχει ως αποτέλεσμα την οικονομική αβεβαιότητα, συμπαρασύροντας

και άλλους κοινωνικούς και υγειονομικούς παράγοντες. Η σχέση μεταξύ ανεργίας και χαμηλής πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη λόγω απώλειας εισοδήματος έχει ήδη απασχολήσει τη διεθνή βιβλιογραφία,^{26,27} με συνέπεια πολλές ευρωπαϊκές χώρες να απαιτούν υψηλές συνασφαλίσεις κατά την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, οι οποίες μειώνουν τη σχετική ζήτηση, επιδεινώνοντας το επίπεδο υγείας του πληθυσμού.^{4,28,29}

Η πλειοψηφία του δείγματος επέλεξε την παροχή υπηρεσιών υγείας κυρίως από το δημόσιο σύστημα υγείας ή τις συμβεβλημένες υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο, χαμηλό ποσοστό ανέργων (27,8%) πραγματοποίησαν προληπτικές εξετάσεις, επιλέγοντας μόνο τις αναγκαίες υπηρεσίες υγείας και όχι την πρόληψη και την προαγωγή αυτής. Το εύρημα αυτό συγκλίνει με καταγραφές της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ), όπου η αντίστοιχη χρήση υπηρεσιών του άνεργου πληθυσμού αναφέρεται περίπου 30% χαμηλότερη από αυτήν του γενικού ελληνικού πληθυσμού.³⁰ Κατά συνέπεια, επιβεβαιώνεται ότι οι άνεργοι αναβάλλουν τη φροντίδα για την υγεία τους λόγω αδυναμίας συμμετοχής στο κόστος και δίνουν προτεραιότητα στην κάλυψη άλλων αναγκών και καθημερινών υποχρεώσεων. Η πραγματικότητα αυτή οδηγεί σε επιδείνωση της υγείας τους, με επακόλουθα τη μελλοντική αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας, της κατανάλωσης φαρμάκων και γενικότερα του κόστους υγείας.

Η χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και, συγκεκριμένα, η οδοντιατρική φροντίδα και οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας, αποδείχθηκε υψηλή. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι άνεργοι που χρειάστηκαν υπηρεσίες ψυχικής υγείας απευθύνθηκαν σε ιδιώτη ψυχολόγο ή ψυχοθεραπευτή, καθώς ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) –από τον οποίον καλύπτονται οι άνεργοι– δεν διαθέτει συμβάσεις με τέτοιες ειδικότητες, ενώ στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) παρέχονται οι σχετικές υπηρεσίες μόνο από ψυχίατρο-νευρολόγο. Ωστόσο, κανένας άνεργος δεν επισκέφθηκε ψυχίατρο-νευρολόγο του ΕΣΥ, πιθανόν

Πίνακας 5. Σύγκριση χρήσης κοινωνικού-δημοτικού ιατρείου/φαρμακείου, μη κυβερνητικού οργανισμού (ΜΚΟ) και εισοδήματος.

Εισόδημα κατά τη διάρκεια της ανεργίας (€)	Ναι		Όχι		Δεν το γνωρίζω		Τιμή p
	n	%	n	%	n	%	
Καθόλου	8	18,9	26	59,5	9	21,6	0,001
≤500	37	16,4	15	67,8	35	15,8	
501–1.000	34	11,6	231	79,1	27	9,3	
1.001–1.500	15	8,9	139	82,2	15	8,9	
1.501+	5	6,3	70	88,6	4	5,1	

Pearson's Chi-squared test

λόγω φόβου κοινωνικού στιγματισμού για επαγγελματική επανένταξη. Όσον αφορά στην οδοντιατρική φροντίδα, είναι γνωστή η έλλειψη οδοντιάτρων στο δημόσιο σύστημα υγείας, αλλά και η απουσία συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ, οδηγώντας αναγκαστικά σε χρήση ιδιωτών οδοντιάτρων.³¹

Αξίζει να επισημανθεί ότι ο νόμος 4368/2016 παρείχε τη δυνατότητα σε όλους τους ανέργους να λαμβάνουν δωρεάν δημόσιες υπηρεσίες υγείας όπως οι ασφαλισμένοι, με την ίδια ωστόσο συμμετοχή στο κόστος των φαρμάκων και στην ιατρική φροντίδα σε περίπτωση επίσκεψης σε συμβεβλημένους ιατρούς.³² Το παράδοξο είναι ότι οι ασφαλισμένοι διαθέτουν τουλάχιστον ένα βασικό εισόδημα σε σύγκριση με τους ανέργους, από τους οποίους κάποιοι δεν διαθέτουν και στηρίζονται μόνο στη βοήθεια της οικογένειας ή σε περιστασιακές εργασίες.

Περίπου το 40% των ανέργων δήλωσαν ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας λόγω οικονομικής αδυναμίας στη συνασφάλιση. Αντίστοιχες ευρωπαϊκές μελέτες συμφωνούν με αυτά τα αποτελέσματα και επισημαίνουν ότι οι ευάλωτες ομάδες, όπως οι άνεργοι, κινδυνεύουν περισσότερο από τη μειωμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, με αποτέλεσμα την αύξηση των ανεκπλήρωτων αναγκών και των ανισοτήτων στην υγεία.^{27,33-35} Είναι γεγονός ότι οι ανισότητες στην υγεία συσχετίζονται με αυξημένη εισοδηματική ανισότητα, η οποία αποτελεί συνέπεια μιας πολιτικής-οικονομικής διαδικασίας, όπως η ανεργία.³⁶ Κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης οι ανισότητες στην υγεία διευρύνθηκαν, με πολλαπλασιαστικές αρνητικές συνέπειες στον άνεργο πληθυσμό.³⁷

Εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι παρά τις υψηλές ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας χαμηλό ποσοστό των ανέργων απευθύνθηκε σε κοινωνικό-δημοτικό ιατρείο/φαρμακείο ή ΜΚΟ για να τις καλύψει, ενώ 1 στους 5 δεν γνώριζαν αυτές τις δομές. Οι εν λόγω εθελοντικές δομές έχουν εδραιώσει ένα συμπληρωματικό υποσύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας και θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως «τρίτος τομέας» ανάπτυξης του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα, για την κάλυψη των αναγκών ευπαθών κοινωνικών ομάδων. Πιθανοί λόγοι μη χρήσης από τους ανέργους των συγκεκριμένων δομών είναι η μη πληροφόρηση, το αίσθημα ντροπής και η παραδοχή της δυσχερούς οικονομικής κατάστασης στην οποία έχουν περιέλθει. Είναι αξιοσημείωτο να επισημανθεί ότι οι δήμοι στους οποίους διεξήχθη η έρευνα διαθέτουν σημαντικές δράσεις σε τέτοιου είδους κοινωνικές δομές, με ιδιαίτερη προβολή στα μέσα μαζικής ενημέρωσης (ΜΜΕ) και κοινωνικής δικτύωσης (social media), οι οποίες, όπως αποδεικνύεται, δεν διαχέονται σε όλες τις κοινωνικές ομάδες.

Η πρόσβαση και η χρήση των υπηρεσιών υγείας φάνηκε να επηρεάζονται από το εισόδημα, την ύπαρξη παιδιών και τη διάρκεια της ανεργίας. Ειδικότερα, όσο αύξανε το εισόδημα των ανέργων αύξανε και η χρήση προληπτικού ελέγχου σε δημόσιες ή συμβεβλημένες υπηρεσίες, αλλά και σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Σε αντίθεση, η αύξηση του εισοδήματος οδηγούσε σε μείωση των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα για τα άνεργα άτομα με παιδιά. Τα συμπεράσματα της παρούσας μελέτης επιβεβαιώνονται και από μελέτες στον ελληνικό πληθυσμό, όπου το εισόδημα και η οικογενειακή κατάσταση συνιστούν σημαντικούς δείκτες της χρήσης υπηρεσιών υγείας.³⁸⁻⁴¹

Στην παρούσα μελέτη υπήρχαν ορισμένοι περιορισμοί που αξίζει να αναφερθούν. Ο πρώτος περιορισμός είναι το ότι η έρευνα διεξήχθη μόνο στην Αττική. Ωστόσο, δεν πρέπει να υποεκτιμηθούν τα αποτελέσματά της, καθώς στην Αττική διαμένει το 35% του πληθυσμού και η σύνθεσή του είναι αντιπροσωπευτική του πληθυσμού της χώρας.⁴²

Έναν δεύτερο περιορισμό συνιστά το γεγονός ότι η έρευνα διεξήχθη με συγκεκριμένο χρονικό ορίζοντα, χαρτογραφώντας την υφιστάμενη κατάσταση. Παρ' όλα αυτά, η παρούσα έρευνα εμπεριείχε μια δυναμική, με δεδομένη την έλλειψη παρόμοιων προοπτικών μελετών στην Ελλάδα.

Συνοψίζοντας, σύμφωνα με την έρευνα που έλαβε χώρα την περίοδο από τον Ιούνιο του 2016 έως τον Σεπτέμβριο του 2017, οι άνεργοι επισκέπτονταν τις υπηρεσίες υγείας πιο σπάνια σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Η πλειοψηφία του δείγματος επέλεγε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας για την κάλυψη της οδοντιατρικής φροντίδας και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ενώ οι προληπτικές εξετάσεις δεν συνιστούσαν προτεραιότητα. Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας παρέμεναν υψηλές παρά την εφαρμογή του νόμου 4368/2016 για ελεύθερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Οι εθνικές πολιτικές για την υγεία και την κοινωνική προστασία είναι σημαντικό να εστιάζονται στη δόμηση ενός ολοκληρωμένου δικτύου υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας για τον άνεργο πληθυσμό. Ο σχεδιασμός συνέργειας και δικτύωσης των φορέων απασχόλησης με επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας κρίνεται επιβεβλημένος. Επιπρόσθετα, η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση των ανέργων σχετικά με τη λειτουργία κοινωνικών φορέων στο επίπεδο της τοπικής αυτοδιοίκησης είναι βέβαιο ότι θα συμβάλλει στη βελτίωση της πρόσβασης και κατά συνέπεια στη συρρίκνωση των κοινωνικών οικονομικών ανισοτήτων της υγείας, καθώς και στη μείωση των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας των ανέργων.

ABSTRACT

Health and unmet health needs of the unemployed in Greece

D. LASTOU,¹ G. PIERRAKOS,² M. GEITONA¹¹Faculty of Political and Social Sciences, University of the Peloponnese, Corinth, ²Faculty of Administrative, Economics and Social Sciences, University of West Attica, Athens, Greece*Archives of Hellenic Medicine 2021, 38(5):642–650*

OBJECTIVE To investigate the use of health services of the unemployed population in Greece and to record their unmet health needs. **METHOD** A cross-sectional study was conducted in the Employment Promotion Centers of the Manpower Employment Organization in Attica. From a simple random sample of 1,000 unemployed persons invited to take part in the study, 830 participated (response rate 83%). The data were collected from June 2016 to September 2017, using a structured questionnaire that included the use and access to health services, and self-assessment of health status in the last 12 months. Statistical analysis of the data was conducted with the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 25.0. **RESULTS** The majority of the unemployed population consisted of women, with a mean age of 35.8±10.3 years. Of the respondents, 32.3% reported a monthly net income before unemployment of from 1,001 € to 1,500 €, while during unemployment this percentage decreased to 20.4% (p=0.001). Short-term and long-term unemployment was reported by 71.8% and 28.2%, respectively. The health status of the unemployed showed difference before (mean score 85) and during unemployment (mean score 68.3) (p=0.001). Most unemployed people chose public facilities for their medical care, hospitalization and preventive examinations, and private providers for dental care and mental health services. Unemployed people with children (p=0.006) and high-income respondents (p=0.017) were more likely to have visited health services in the preceding 12 months. Although 42.4% reported unmet health needs, only 15.1% reported use of social/community free health services, while 14.3% were not aware of the existence of such services. Unmet health needs were more likely to be reported by those who were aged ≥41 years (p=0.001), had completed compulsory education (p=0.001), with net monthly income ≤1,500 € (p=0.001), and those in long-term unemployment (p=0.001). **CONCLUSIONS** Unemployed people choose public health services for their emergency health needs, and preventive examinations are not a priority for them. Private health services are selected mainly for their dental care and mental health needs. Approximately half of the sample of unemployed reported unmet health needs. It is, therefore, considered appropriate to build an integrated network of health and social care services and to promote the synergy and continuous feedback between labor organizations and the services for meeting the needs of the unemployed population.

Key words: Unemployed population, Unmet needs, Use of health services

Βιβλιογραφία

- REEVES A, McKEE M, STUCKLER D. The attack on universal health coverage in Europe: Recession, austerity, and unmet needs. *Eur J Public Health* 2015, 25:364–365
- ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ, ΠΑΠΑΔΟΝΙΚΟΛΑΚΗ Τ, ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Μ, ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Μ. Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας: Σκέψεις και δεδομένα για την ελληνική περίπτωση. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2018, 35(Συμπλ 1):9–16
- FERRARINI T, NELSON K, SJÖBERG O. Unemployment insurance and deteriorating self-rated health in 23 European countries. *J Epidemiol Community Health* 2014, 68:657–662
- ΓΕΙΤΟΝΑ Μ, ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Ισότητα και αποδοτικότητα στην υγεία: Θεωρητική ανάλυση και εμπειρικές προσεγγίσεις. Στο: Δόλγερας Α, Κυριόπουλος Γ (Επιμ.) *Ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, 2000:35–54
- ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ ΓΝ. *Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική*. 2η έκδοση. Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα, 2006
- ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ Γ. *Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τοπική κοινωνία*. Σειρά: Κοινωνικές επιστήμες και υγεία. Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα, 2008
- CARR W, WOLFE S. Unmet needs as sociomedical indicators. *Int J Health Serv* 1976, 6:417–430
- ALLIN S, MASSERIA C. Unmet need as an indicator of health care access. *Eurohealth* 2009, 15:7–10
- ALLIN S, GRIGNON M, LE GRAND J. Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: What are the equity implications? *Soc Sci Med* 2010, 70:465–472
- WESTIN M, AHS A, BRÄND PERSSON K, WESTERLING R. A large proportion of Swedish citizens refrain from seeking medical care – lack of confidence in the medical services a plausible explanation?

- nation? *Health Policy* 2004, 68:333–344
11. McCARBERG BH, NICHOLSON BD, TODD KH, PALMERT, PENLES L. The impact of pain on quality of life and the unmet needs of pain management: Results from pain sufferers and physicians participating in an Internet survey. *Am J Ther* 2008, 15:312–320
 12. ALONSO J, ORFILA F, RUIGÓMEZ A, FERRER M, ANTÓ JM. Unmet health care needs and mortality among Spanish elderly. *Am J Public Health* 1997, 87:365–370
 13. EUROSTAT. Statistics database, European Commission. Available at: epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database
 14. ÅSH A, BURELL G, WESTERLING R. Care or not care – that is the question: Predictors of healthcare utilisation in relation to employment status. *Int J Behav Med* 2012, 19:29–38
 15. VOGLER S, ZIMMERMANN N, LEOPOLD C, DE JONCHEERE K. Pharmaceutical policies in European countries in response to the global financial crisis. *South Med Rev* 2011, 4:69–79
 16. INTERNATIONAL MONETARY FUND. Greece: Ex post evaluation of exceptional access under the 2010 stand-by arrangement. IMF, no 13/156. Washington, DC, 2013
 17. THOMSON S, FIGUERAS J, EVETOVITS T, JOWETT M, MLADOVSKY P, MARESSO A ET AL. Economic crisis, health systems and health in Europe: Impact and implications for policy. World Health Organization, Copenhagen, 2014
 18. ΚΑΙΤΕΛΙΔΟΥ Δ, ΚΟΥΛΙ Ε. Greece: The health system in a time of crisis. *Eurohealth* 2012, 18:12–14
 19. ZAVRAS D, ZAVRAS AI, KYRIOPOULOS II, KYRIOPOULOS J. Economic crisis, austerity and unmet healthcare needs: The case of Greece. *BMC Health Serv Res* 2016, 16:309
 20. ΜΕΧΙΛΙ ΕΑ, ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ Α, ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ Δ, ΓΑΛΑΝΗΣ Π, ΔΙΟΜΗΔΟΥΣ Μ. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ανέργων σε περίοδο οικονομικής κρίσης. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2017, 34:65–74
 21. DRYDAKIS N. The effect of unemployment on self-reported health and mental health in Greece from 2008 to 2013: A longitudinal study before and during the financial crisis. *Soc Sci Med* 2015, 128:43–51
 22. ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΕΡΓΑΤΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ (ΟΑΕΔ). Διαθέσιμο στο: <http://www.oaed.gr/>
 23. HELLENIC STATISTICAL AUTHORITY. Press release – Labor force survey: July 2018. Available at: <https://www.statistics.gr/en/statistics/-/publication/SJO02/>
 24. GOULD D, KELLY D, GOLDSTONE L, GAMMON J. Examining the validity of pressure ulcer risk assessment scales: Developing and using illustrated patient simulations to collect the data. *J Clin Nurs* 2001, 10:697–706
 25. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ ΓΝ. Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2007, 24(Συμπλ 1):6–18
 26. DRISCOLL AK, BERNSTEIN AB. Health and access to care among employed and unemployed adults: United States, 2009–2010. *NHCS Data Brief* 2012, 83:1–8
 27. MARUTHAPPU M, WATSON RA, WATKINS J, WILLIAMS C, ZELTNER T, FAIZ O ET AL. Unemployment, public-sector healthcare expenditure and colorectal cancer mortality in the European Union: 1990–2009. *Int J Public Health* 2016, 61:119–130
 28. GEMMILL MC, THOMSON S, MOSSIALOS E. What impact do prescription drug charges have on efficiency and equity? Evidence from high-income countries. *Int J Equity Health* 2008, 7:12
 29. TRIVEDI AN, MOLO H, MORV. Increased ambulatory care copayments and hospitalizations among the elderly. *N Engl J Med* 2010, 362:320–328
 30. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ. Δελτίο τύπου: Υγεία ενηλίκων και παιδιών – έρευνα εισοδήματος και συνθηκών διαβίωσης των νοικοκυριών: Έτος 2017. ΕΛΣΤΑΤ, 2018. Διαθέσιμο στο: <https://www.statistics.gr/documents/20181/4f34119e-3df6-4b6e-8ed1-b3541224b270>
 31. SIMOU E, KOUTSOGEORGOU E. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review. *Health Policy* 2014, 115:111–119
 32. ΝΟΜΟΣ 4368/2016. Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 21/Α/21.2.2016 (κεφάλαιο Ε1, άρθρο 33)
 33. ΚΕΝΤΙΚΕΛΕΝΙΣ Α, ΚΑΡΑΝΙΚΟΛΟΣ Μ, ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΣ Ι, ΒΑΣΥ Σ, ΜΚΚΕΕ Μ, ΣΤΥΚΚΛΕΡ Δ. Health effects of financial crisis: Omens of a Greek tragedy. *Lancet* 2011, 378:1457–1458
 34. OHLSSON A, LINDAHL B, HANNING M, WESTERLING R. Inequity of access to ACE inhibitors in Swedish heart failure patients: A register-based study. *J Epidemiol Community Health* 2016, 70:97–103
 35. LIMA J, REEVES A, STUCKLER D. Unmet health need and unemployment during recession in Europe. *Eur J Public Health* 2015, 25:260–261
 36. BRYDSTEN A, HAMMARSTRÖM A, SAN SEBASTIAN M. Health inequalities between employed and unemployed in northern Sweden: A decomposition analysis of social determinants for mental health. *Int J Equity Health* 2018, 17:59
 37. ΛΑΤΣΟΥ Δ, ΓΕΙΤΟΝΑ Μ. Predictors of physical and mental health among unemployed people in Greece. *J Health Soc Sci* 2020, 5:115–126
 38. ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ Γ, ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Ι. Παράγοντες που διαμορφώνουν την αξιολόγηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2007, 24:578–582
 39. ΓΕΙΤΟΝΑ Μ, ΖΑΒΡΑΣ Δ, ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Ι. Determinants of healthcare utilization in Greece: Implications for decision-making. *Eur J Gen Pract* 2007, 13:144–150
 40. ΚΟΝΔΙΛΙΣ Ε, ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Σ, ΓΑΒΑΝΑ Μ, ΙΕΡΟΔΙΑΚΟΝΟΥ Ι, ΒΑΙΤΖΚΙΝ Η, ΒΕΝΟΣ Α. Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: The Greek case. *Am J Public Health* 2013, 103:973–979
 41. ΤΟΥΝΤΑΣ Γ, ΒΑΡΔΑΒΑΣ Κ, ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ Α, ΓΩΤΗ Γ, ΚΑΝΤΖΑΝΟΥ Μ, ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ Α 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, ΔιαΝΕΟσις, Αθήνα, 2016
 42. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ. Απογραφή πληθυσμού-κατοικιών 2011. Διαθέσιμο στο: <https://www.statistics.gr/el/2011-census-pop-hous>
- Corresponding author:*
- D. Latsou, Damaskinou and Kolokotroni street, 201 00 Corinth, Greece
e-mail: demilatsou@yahoo.gr