

ΒΡΑΧΕΙΑ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ SHORT COMMUNICATION

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2022, 39(2):264–270
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2022, 39(2):264–270

Μη ικανοποιημένες υγειονομικές ανάγκες και κοινωνικές ανισότητες σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Μ. Μπουραζάνη,¹ Θ.Ι. Κωνσταντινίδης²

¹Πανεπιστημιακή Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ευαγγελισμός», Αθήνα
²Τμήμα Νοσηλευτικής, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο, Ηράκλειο, Κρήτη

Unmet health needs and social inequalities in European Union countries

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου: Ευρωπαϊκή Ένωση, Κοινωνικές ανισότητες, Μη ικανοποιημένες ανάγκες φροντίδας υγείας

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ως υγεία ορίζεται η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου, η οποία διαμορφώνεται από την επίδραση διαφόρων παραγόντων (πίν. 1). Η ισότητα στην υγεία αναφέρεται σε απουσία συστηματικών διαφορών που πηγάζουν από την κοινωνική διαστρωμάτωση, ενώ η ισοτιμία αναφέρεται στην αξιολόγηση της υγείας σε επίπεδο αξιών, δικαιοσύνης και ηθικής για την αποφυγή υγειονομικών ανισοτήτων. Οι υγειονομικές ανισότητες αφορούν στη συστηματική διαφοροποίηση της υγείας των πολιτών ανάλογα με τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά τους (κοινωνικοί προσδιοριστές υγείας) και διακρίνονται σε ανισότητες στην υγεία και στη φροντίδα υγείας. Τα κατώτερα κοινωνικά στρώματα, οι κάτοικοι

απομακρυσμένων περιοχών, οι εθνικές μειονότητες και οι μετανάστες αποτελούν ευάλωτες ομάδες.¹⁻³

Η ανάγκη για φροντίδα υγείας αφορά στην ανάγκη παροχής ιατρικών υπηρεσιών, όπως βιώνεται από το άτομο ή αξιολογείται από τον ιατρό. Η μη ικανοποίησή της απορρέει συνήθως από τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, το κόστος, τη γεωγραφική απόσταση ή τον χρόνο αναμονής.²⁻⁴

2. ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι ανάγκες υγείας ενσωματώνουν το ευρύτερο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον και ικανοποιούνται από τη συνεργασία του υγειονομικού τομέα με πολιτικές στρατηγικές, ενώ οι ανάγκες για φροντίδα υγείας πραγματώνονται πλήρως από το σύστημα υγείας. Ως μη ικανοποιημένες ανάγκες φροντίδας υγείας (ΜΙΑΦΥ) ορίζεται η διάσταση μεταξύ των απαραίτητων υπηρεσιών για την αντιμετώπιση ενός προβλήματος και των λαμβανόμενων παροχών και συνεπάγεται επιδείνωση της υγείας και αύξηση της θνησιμότητας.³⁻⁶

Πίνακας 1. Προσδιοριστές υγείας.^{2,3}

Βιολογικοί	Ηλικία, φύλο
Κοινωνικοί	Εκπαίδευση, κοινωνικές σχέσεις, δίκτυα
Οικονομικοί	Εισόδημα, φτώχεια, κατανομή πλούτου
Περιβαλλοντικοί	Κατοικία, ατμοσφαιρική ρύπανση, ύδρευση
Πολιτισμικοί	Θρησκεία, εθνικότητα, μετανάστευση, μειονότητες
Γεωγραφικοί	Χώρα, διεθνείς σχέσεις, τοπογραφική εντόπιση εντός χώρας
Σύστημα υγείας	Πρόσβαση πολιτών, διαθεσιμότητα, πολιτικό πλαίσιο, επίπεδο ανάπτυξης, ανισότητες
Συμπεριφορές	Διατροφή, κάπνισμα, οινόπνευμα, άσκηση, ναρκωτικά

Υποβλήθηκε 14.5.2021

Εγκρίθηκε 12.6.2021

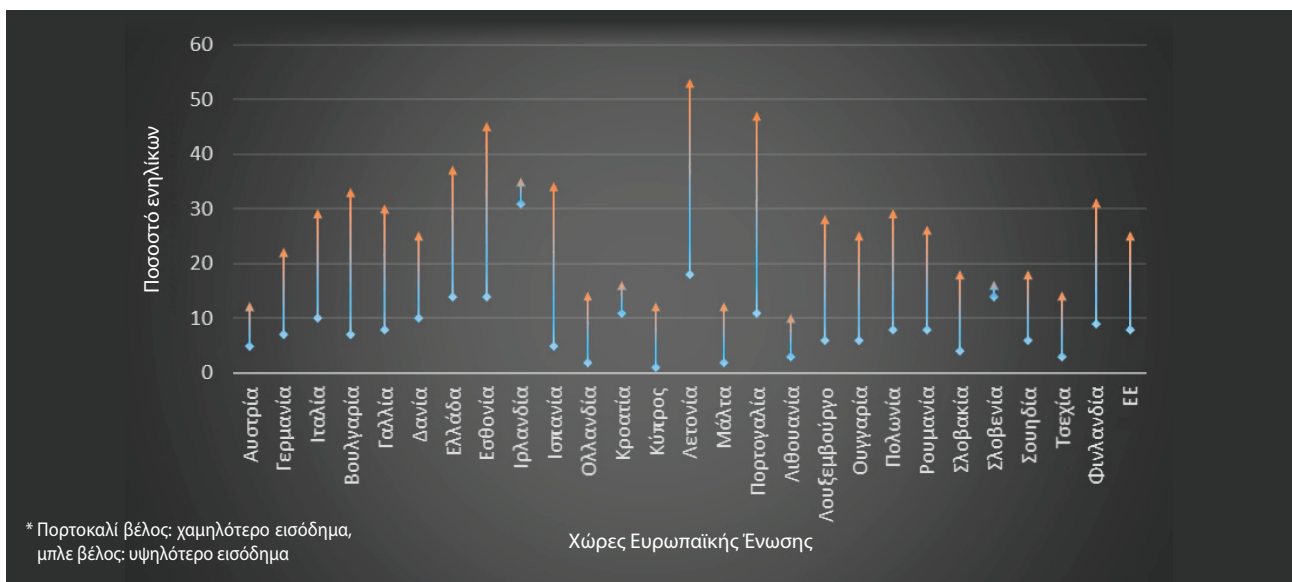
Οι παράγοντες που διαμορφώνουν τις ΜΙΑΦΥ αναφέρονται στο σύστημα υγείας ή στο άτομο. Περιλαμβάνουν την προσβασιμότητα (κόστος, γεωγραφική πρόσβαση), τη διαθεσιμότητα (έγκαιρη παροχή) και την αποδοχή (προσωπικές αντιλήψεις, συνθήκες). Οι καταστάσεις που προδιαθέτουν για την εμφάνιση ΜΙΑΦΥ είναι οι ακραίες ηλικιακές ομάδες, το γυναικείο φύλο, η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης, η ανεργία, το χαμηλό εισόδημα και τα χρόνια νοσήματα. Τα ανώτερα κοινωνικά στρώματα συνήθως ακολουθούν πιο υγιεινό τρόπο ζωής, εξασφαλίζουν καλύτερη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και κατέχουν υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο, το οποίο επηρεάζει την έκθεση σε παράγοντες κινδύνου.²⁻⁷ Έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα που δεν ολοκλήρωσαν τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση έχουν 6 χρόνια μικρότερο προσδόκιμο επιβίωσης.² Τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα εμφανίζουν μικρότερη πρόσβαση σε υπηρεσίες πρόληψης και εξειδικευμένους ιατρούς συγκριτικά με τον οικογενειακό-γενικό ιατρό.^{2,3,5}

Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) ποσοστό >25% των ενηλίκων αναφέρουν εμπόδια στην υγειονομική πρόσβαση και το 28% αυτών ενοχοποιούν το κόστος, τη γεωγραφική απόσταση ή τον χρόνο αναμονής. Τα κράτη-μέλη, με βάση το επίπεδο υγειονομικών ανισοτήτων, διακρίνονται σε χαμηλού (Ιρλανδία, Δανία, Πολωνία, Κύπρος, Σλοβακία, Σλοβενία, Ρουμανία, Αυστρία, Ολλανδία), μέτριου (Ισπανία, Γαλλία, Σουηδία, Εσθονία, Μάλτα, Λουξεμβούργο, Ουγγαρία, Λιθουανία, Τσεχία) ή υψηλού (Πορτογαλία, Ιταλία, Γερμανία, Ελλάδα, Φινλανδία, Λετονία, Κροατία, Βουλγαρία) βαθμού.⁴ Ορισμένες χώρες (Πορτο-

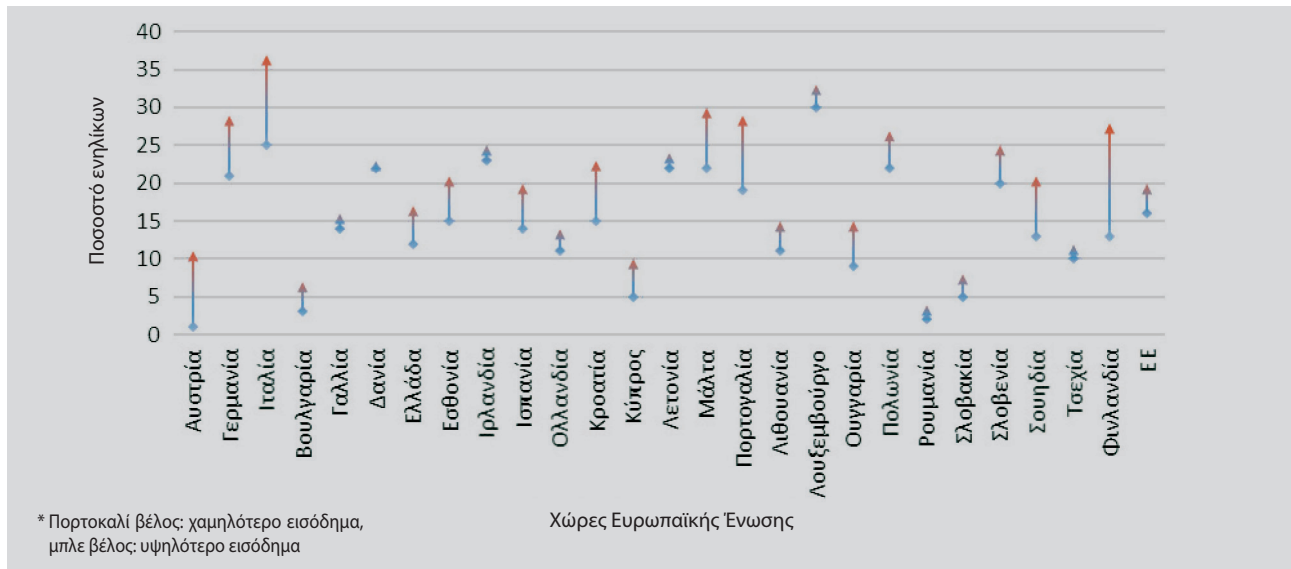
γαλία, Λετονία, Ισπανία, Εσθονία) εμφανίζουν αυξημένη ή μέτριου βαθμού συσχέτιση μεταξύ του εισοδήματος και των υγειονομικών ανισοτήτων, ενώ σε άλλες δεν σημειώνεται έντονη αλληλεξάρτηση (Αυστρία, Ιρλανδία, Σλοβενία) (εικ. 1).² Η πιθανότητα επίσκεψης γενικού ιατρού από τα άτομα χαμηλού εισοδήματος είναι 5% μικρότερη από την αντίστοιχη των εύπορων πολιτών (67% έναντι 72%), ενώ η αντίστοιχη διαφορά για εξειδικευμένους ιατρούς ανέρχεται στο 12% (39% έναντι 51%). Συνολικά, το 6% του πληθυσμού με χαμηλό εισόδημα δεν έχει λάβει έγκαιρη φροντίδα υγείας, συγκριτικά με τις υψηλότερες κοινωνικές τάξεις (2%).^{2,5-7}

ΜΙΑΦΥ λόγω αυξημένου χρόνου αναμονής εμφανίζει το 18% των ενηλίκων σε χώρες της ΕΕ, με το μικρότερο ποσοστό (3%) να σημειώνεται στη Ρουμανία και το υψηλότερο (32%) στο Λουξεμβούργο (εικ. 2).² Η διαφορά μεταξύ των ατόμων χαμηλού (20%) και υψηλού εισοδήματος (16%) δεν είναι σημαντική, με εξαίρεση κάποιες χώρες όπου τα ανώτερα στρώματα αναφέρουν μεγαλύτερα ποσοστά. Οι ΜΙΑΦΥ (2018), λόγω του χρόνου αναμονής για υπηρεσίες υγείας, μπορεί να εμφανίζουν αναφορικά με το εισόδημα θετική συσχέτιση (Πολωνία, Εσθονία), καμία διαφοροποίηση (Σλοβενία, Γαλλία, Λετονία, Λουξεμβούργο, Δανία, Αυστρία, Τσεχία, Ολλανδία, Ιρλανδία) ή αρνητική συσχέτιση (Ρουμανία, Σλοβακία, Βουλγαρία, Ελλάδα, Λιθουανία, Κύπρος, Σουηδία, Ισπανία, Ουγγαρία, Γερμανία, Μάλτα, Πορτογαλία, Ιταλία, Φινλανδία).²

Η γεωγραφική απόσταση αποτελεί εμπόδιο, κυρίως για τα άτομα χαμηλού εισοδήματος ή τους κατοίκους αγρο-



Εικόνα 1. Ποσοστό ενηλίκων με μη ικανοποιημένες ανάγκες φροντίδας υγείας (ΜΙΑΦΥ) στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) (2018) αναφορικά με την οικονομική κατάστασή τους (στο υψηλότερο και στο χαμηλότερο εισόδημα).²

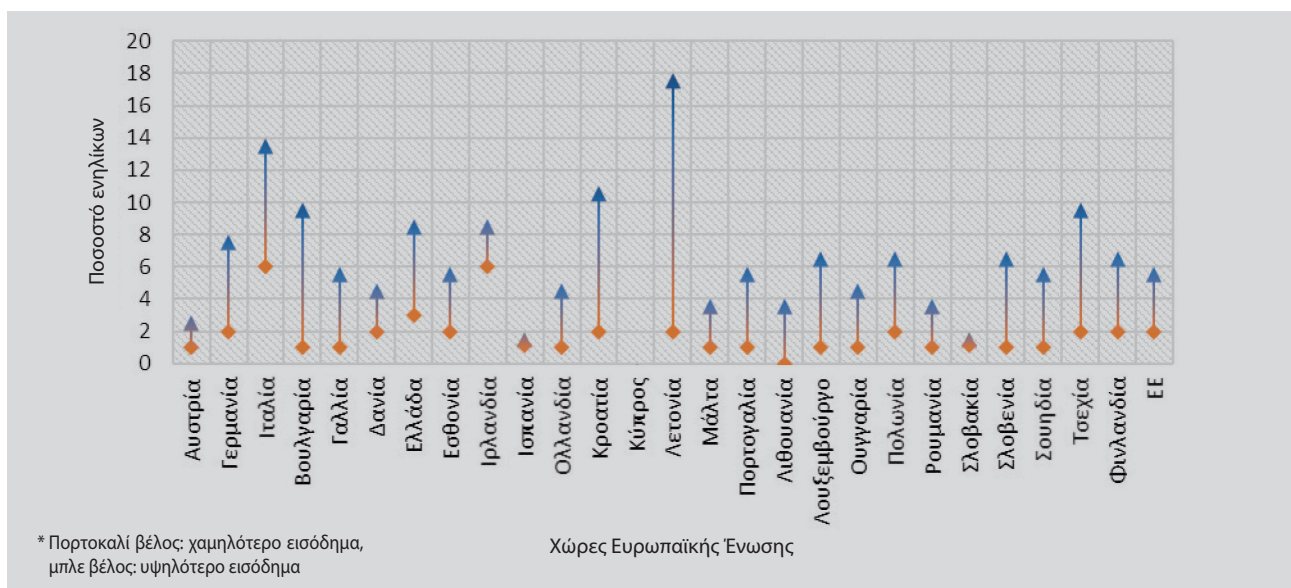


Εικόνα 2. Ποσοστό ενηλίκων με μη ικανοποιημένες ανάγκες φροντίδας υγείας (ΜΙΑΦΥ) στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) (2018) αναφορικά με τον χρόνο αναμονής (στο υψηλότερο και στο χαμηλότερο εισόδημα).²

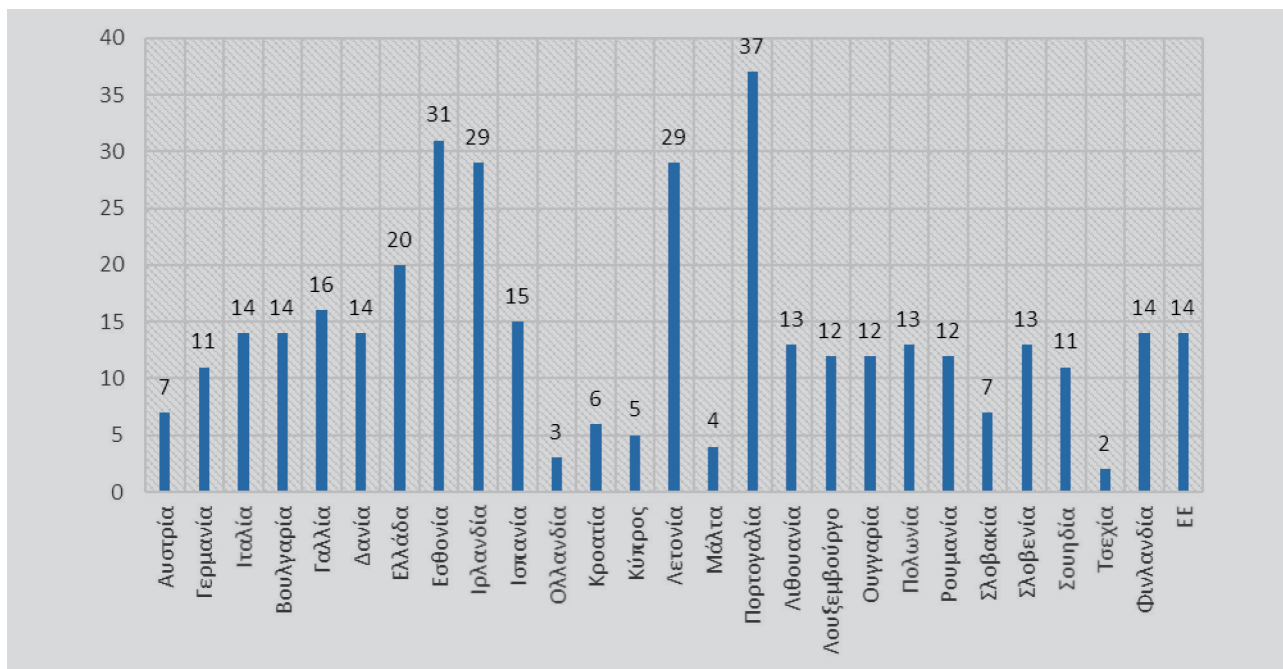
τικών περιοχών, με το ποσοστό για τον μέσο όρο της ΕΕ να ανέρχεται στο 4%. Σε κάποιες χώρες δεν εντοπίζεται διαφορά σχετιζόμενη με το εισόδημα, ενώ στην Ιταλία το πρόβλημα πρόσβασης παρατηρείται στις αστικές παρά στις αγροτικές περιοχές (εικ. 3). Οι ΜΙΑΦΥ (2018), λόγω γεωγραφικής απόστασης, μπορεί να εμφανίζουν αναλογικά με το εισόδημα είτε αρνητική συσχέτιση (Ρουμανία, Βουλγαρία, Ελλάδα, Λιθουανία, Σουηδία, Αυστρία, Ολλανδία, Γαλλία, Λετονία, Λουξεμβούργο, Δανία, Τσεχία, Ισπανία, Ουγγαρία, Γερμανία, Μάλτα, Φινλανδία, Πολωνία, Εσθονία, Σλοβενία,

Πορτογαλία, Ιταλία) είτε καμιά διαφοροποίηση (Κύπρος, Σλοβακία, Ιρλανδία).²

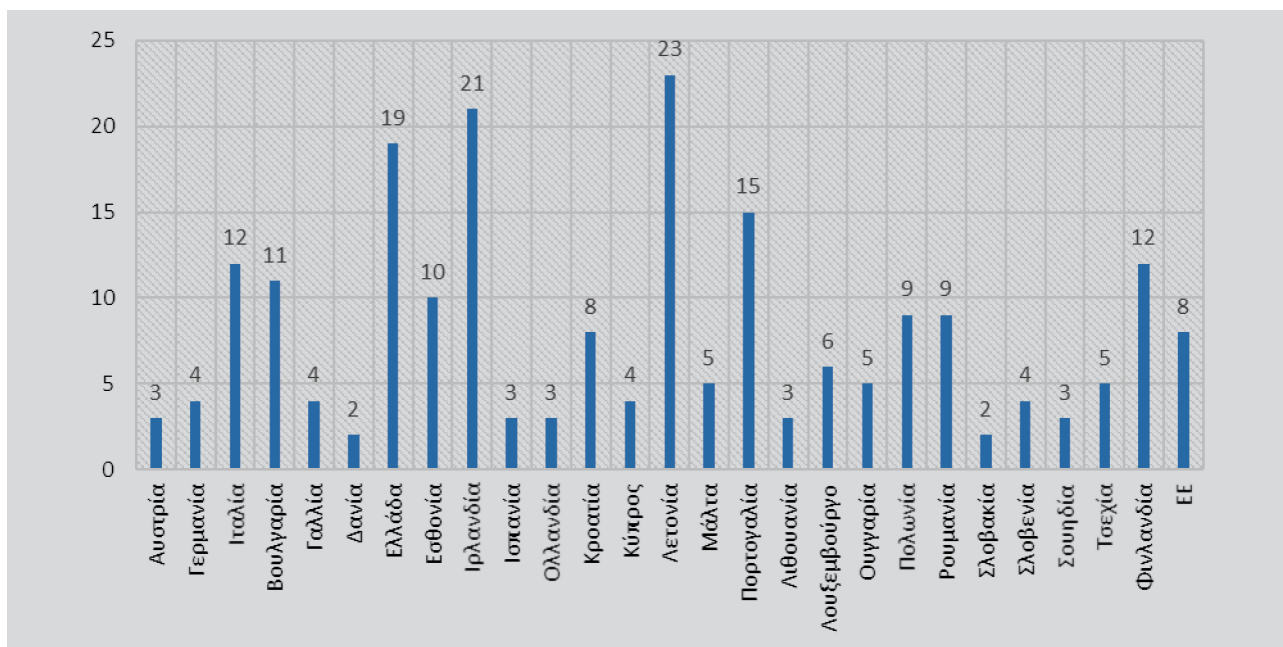
Η οδοντιατρική φροντίδα (εικ. 4) εμφανίζει υψηλότερα ποσοστά ανεκπλήρωτων αναγκών (14%) συγκριτικά με την ιατρική φροντίδα (8%) (εικ. 5) και τη συνταγογράφηση φαρμάκων (7%) (εικ. 6), με σημαντικότερη αιτία το κόστος. Η μεγαλύτερη ανισότητα λόγω εισοδήματος παρατηρείται στην οδοντιατρική περίθαλψη, με 7% για τα υψηλότερα και 23% για τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα, ενώ τα αντί-



Εικόνα 3. Ποσοστό ενηλίκων με μη ικανοποιημένες ανάγκες φροντίδας υγείας (ΜΙΑΦΥ) στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) (2018) αναφορικά με τη γεωγραφική απόσταση (στο υψηλότερο και στο χαμηλότερο εισόδημα).²



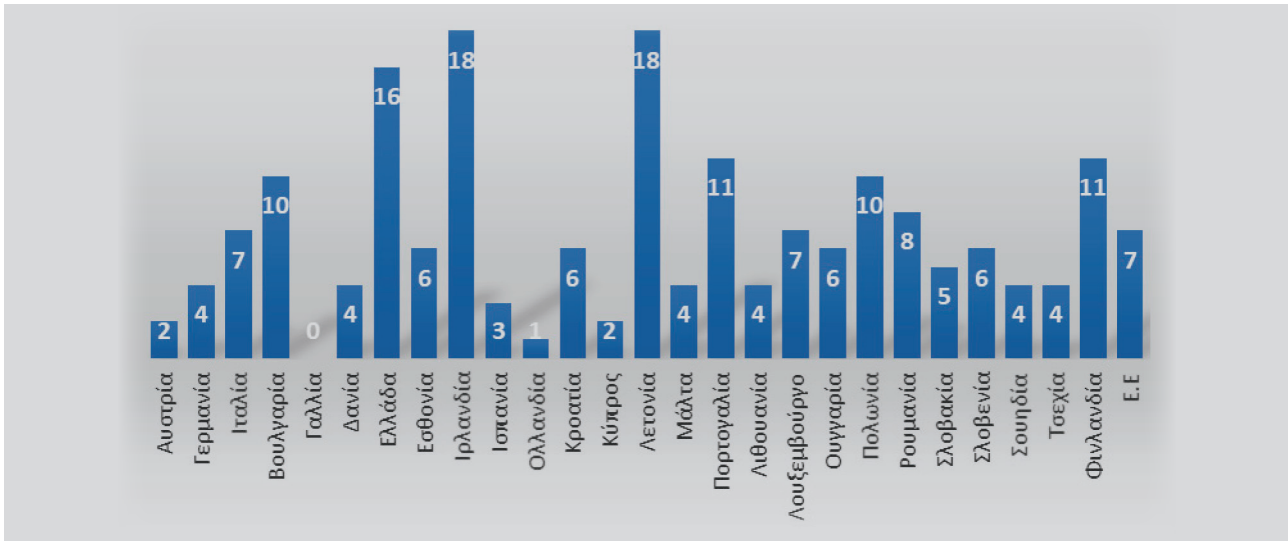
Εικόνα 4. Ποσοστό (%) πληθυσμού των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) με ανεκπλήρωτες ανάγκες οδοντιατρικής φροντίδας (2018).²



Εικόνα 5. Ποσοστό (%) πληθυσμού των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) με ανεκπλήρωτες ανάγκες ιατρικής φροντίδας (2018).²

στοιχα ποσοστά για την ιατρική φροντίδα είναι 4% και 13% και για τη συνταγογράφηση φαρμάκων 3% και 13%. Επίσης, οι ανικανοποίητες οδοντιατρικές ανάγκες συσχετίζονται με το εκπαιδευτικό επίπεδο, με την εντονότερη διαφορά στην Πορτογαλία (17,7% και 4,4% για το χαμηλότερο και υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο, αντίστοιχα).^{2,6}

Το εύρος και τα αίτια των ΜΙΑΦΥ ποικίλλουν μεταξύ των χωρών της ΕΕ, με τα κράτη στην ανατολική Ευρώπη (Εσθονία, Λετονία, Ρουμανία) και την Ελλάδα να εμφανίζουν τις υψηλότερες ανισότητες. Δείκτη εκτίμησης συνιστούν το ύψος των δαπανών υγείας και ο αριθμός των θανάτων που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί με την παροχή



Εικόνα 6. Ποσοστό (%) πληθυσμού των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) με ανεκπλήρωτες ανάγκες φαρμακευτικής αγωγής (2018).²

υγειονομικών υπηρεσιών. Στην ανατολική Ευρώπη η αύξηση των δαπανών συνεπάγεται μείωση των ΜΙΑΦΥ, ενώ στη δυτική Ευρώπη δεν στοιχειοθετείται τέτοια σχέση. Οι μεγαλύτερες ανισότητες στην παροχή φροντίδας αναφέρονται στη Λετονία και στην Πορτογαλία, η Ελλάδα εμφανίζει μεγάλες ανισότητες παράλληλα με υψηλές ΜΙΑΦΥ, ενώ η Βουλγαρία παρουσιάζει μικρό ποσοστό ΜΙΑΦΥ με έντονες ανισότητες. Γενικά, οι χώρες με μικρή συσχέτιση εισοδήματος και ΜΙΑΦΥ (με εξαίρεση την Αυστρία, τη Σλοβενία και την Ιρλανδία) εμφανίζουν μικρά ποσοστά ανισοτήτων.^{2,3,6}

Η οικονομική κρίση του 2008 προκάλεσε μείωση της δημόσιας δαπάνης για την υγεία, ιδίως στην Ελλάδα, στην Ιταλία και στην Ισπανία, με αρνητικές υγειονομικές συνέπειες, κυρίως για τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, σε αντίθεση με χώρες που διατήρησαν σταθερές τις εν λόγω δαπάνες (Γερμανία, Σουηδία).⁶

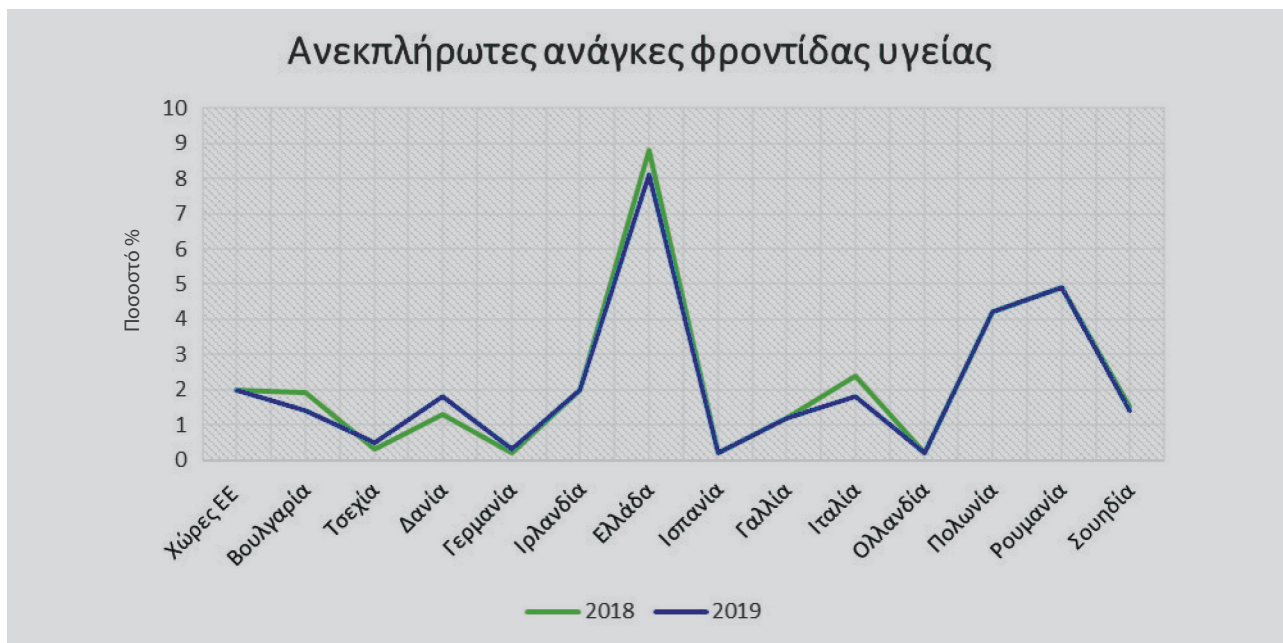
Στην Ελλάδα παρατηρείται μειωμένη συμμετοχή του κράτους στους θεσμούς κοινωνικής προστασίας, μεταβολή των κοινωνικών θεσμών με βάση το πολιτικό γίνεσθαι, ελλιπής κρατική στήριξη της οικογένειας και χαμηλή αποδοτικότητα των υπηρεσιών με αυξημένο ποσοστό δυσαρρέσκειας. Η καθολική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας δεν κατέστη δυνατή με τη συνένωση των ασφαλιστικών οργανισμών και τη δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Η οικονομική κρίση, όπου το ποσοστό των ανέργων κατέλαβε την υψηλότερη θέση στην ΕΕ (2016), σε συνδυασμό με την περιορισμένη δυνατότητα αναδιαμόρφωσης του υγειονομικού συστήματος οδήγησαν σε σημαντικό περιορισμό της δημόσιας υγειονομικής κάλυψης. Οι παρεχόμενες δημόσιες κοινω-

νικές υπηρεσίες είναι αναποτελεσματικές και άνισες για τις διάφορες κοινωνικές ομάδες, με το 20% των Ελλήνων της κατώτερης μισθολογικής κλίμακας να στερείται ολοκληρωμένης ιατρικής περίθαλψης.^{3-6,8}

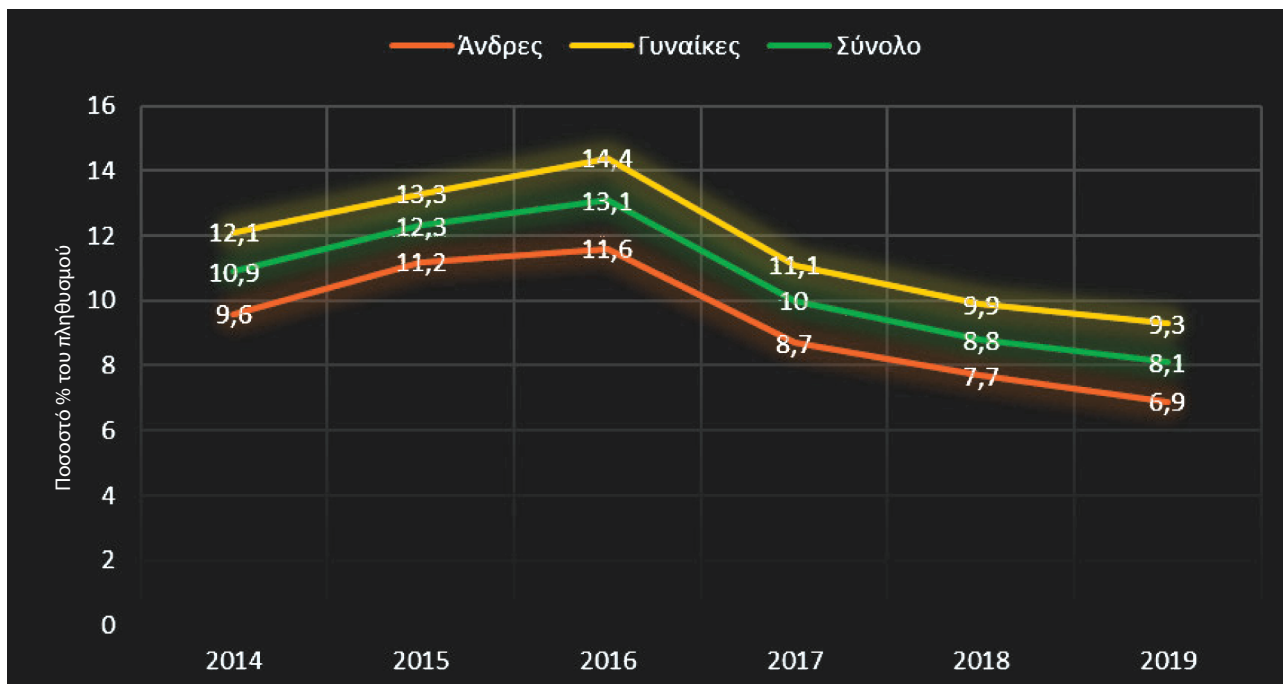
Τα ποσοστά ΜΙΑΦΥ τριπλασιάστηκαν στην Ελλάδα την τελευταία δεκαετία με παράλληλη εμφάνιση έντονων κοινωνικών ανισοτήτων, με αποτέλεσμα να καταλαμβάνει τη δεύτερη θέση στην ΕΕ (εικόνας 7, 8). Η έλλειψη παιδείας στην υγεία ανέρχεται στο 44,8% του πληθυσμού και στο 79,5% στις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Οι δαπάνες για την υγεία, εκφρασμένες σε ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ), παρουσιάζουν πτωτική τάση το χρονικό διάστημα 2009 (9,5%) έως το 2015 (8,2%) και μια μικρή άνοδο το 2017 (8,4%).⁹ Λόγω της δυσμενούς οικονομικής κατάστασης της Ελλάδας προβλέπεται αύξηση των ΜΙΑΦΥ με ταυτόχρονη διεύρυνση των κοινωνικών ανισοτήτων.^{3,5,6,8-10}

Για τη βελτίωση των ανισοτήτων λόγω γεωγραφικής απόστασης προτείνεται η εστίαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα και στον θεσμό του οικογενειακού ιατρού χωρίς οικονομική επιβάρυνση, η εφαρμογή υπηρεσιών που μειώνουν την ανισότητα στην πρόσβαση (κινητές μονάδες υγείας και υπηρεσίες Τηλεϊατρικής), η ανάπτυξη συστήματος κινήτρων για τους ιατρούς προκειμένου να στελεχώσουν απομακρυσμένες περιοχές και η προώθηση των φοιτητών Ιατρικής να πραγματοποιήσουν την πρακτική τους άσκηση στην επαρχία.^{2,6}

Η εξασφάλιση εύλογου χρόνου αναμονής μπορεί να επιτευχθεί με τον καθορισμό συγκεκριμένων στόχων ως προς τον χρόνο εξυπηρέτησης και την εφαρμογή της τεχνο-



Εικόνα 7. Ανεκπλήρωτες ανάγκες των κρατών Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) τα έτη 2018–2019.¹⁰



Εικόνα 8. Κατανομή των ανικανοποίητων αναγκών ανά φύλο τη χρονική περίοδο 2014–2019 στην Ελλάδα.¹⁰

λογίας για τον προγραμματισμό επισκέψεων ή εξετάσεων, την πρόσληψη ανθρώπινου δυναμικού και την αγορά σύγχρονου εξοπλισμού.² Για την εξάλειψη του αναλφαριθμισμού στην υγεία προτείνεται η αναβάθμιση του εκπαιδευτικού επιπέδου μέσω ειδικών σχολικών μαθημάτων, η οργάνωση

ημερίδων σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο, η ανάπτυξη πολιτικών ενημέρωσης εστιασμένων στις επιρρεπείς σε επιβλαβείς συνήθειες κοινωνικές ομάδες, η επισήμανση των δικαιωμάτων των ασθενών και η αύξηση της φορολογίας στις επιβλαβείς ουσίες (π.χ. καπνός, οινόπνευμα).^{2,5,6}

Η βελτίωση των κοινωνικών-οικονομικών συνθηκών διαβίωσης μπορεί να επιτευχθεί με καθολική και ισότιμη κάλυψη του πληθυσμού, με μείωση της φορολογίας ή ευνοϊκές ρυθμίσεις για τους οικονομικά ασθενέστερους, με περιβαλλοντικά προγράμματα μείωσης της ατμοσφαιρικής ρύπανσης και προώθησης εναλλακτικών πηγών ενέργειας, με τροποποίηση των κοινωνικών προσδιοριστών της ασθένειας (ανεργία, εργατικά ατυχήματα, κοινωνικός αποκλεισμός κ.ά.), καθώς και με μέτρα κοινωνικής πολιτικής προς τις ευάλωτες ομάδες (π.χ. μηδενική φαρμακευτική συμμετοχή).^{2,6}

3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η υγειονομική περίθαλψη συνδέεται με την κοινωνική ιδιότητα του πολίτη, γι' αυτό επιβάλλεται να είναι καθολική, καθώς η διαμόρφωση προνομιακών ομάδων οδηγεί στον αποκλεισμό των οικονομικά ασθενέστερων πολιτών. Προς αυτή την κατεύθυνση είναι επιτακτική η αναδιαμόρφωση του συστήματος υγείας θέτοντας στο επίκεντρο τον ασθενή, ιδίως τις κατώτερες κοινωνικές ομάδες και τους κατοίκους απομακρυσμένων περιοχών, με στόχο την άμβλυση των ανισοτήτων και τον περιορισμό των ανεκπλήρωτων υγειονομικών αναγκών.

ABSTRACT

Unmet health needs and social inequalities in European Union countries

M. BOURAZANI,¹ T.I. KONSTANTINIDIS²

¹University Clinic of Oral and Maxillofacial Surgery, "Evangelismos" General Hospital, Athens,

²Department of Nursing, Hellenic Mediterranean University, Heraklion, Crete, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2022, 39(2):264–270

Due to the economic crisis in the European Union (EU), health inequalities and unmet health care needs increased, affecting medical and dental care, especially among vulnerable people and lower income groups. Unmet needs usually arise from problems in the availability (e.g., waiting lists), accessibility (e.g., geographical distance, high costs) and acceptability of the services provided. Greece was among the countries in EU that reported high levels of unmet health needs, mainly for financial reasons. Strat-

egies to improve health inequalities and the access to care are needed to minimize health gaps.

Key words: European Union, Social inequalities, Unmet health needs

Βιβλιογραφία

1. ΜΑΤΣΑΓΓΑΝΗΣ Μ. Η δημόσια παρέμβαση στον τομέα της υγείας. Στο: Αλετράς Β, Ματσαγγάνης Μ, Νιάκας Δ (Επιμ.) *Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας*. Τόμος Α', Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 2002
2. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Health for everyone? Social inequalities in health and health systems. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, 2019. Available at: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/3c8385d0-en/index.html?itemId=/content/publication/3c8385d0-en>
3. ΠΑΠΠΑ Ε. Ανισότητες στην υγεία. Εννοιολογική διερεύνηση, προσδιοριστικοί παράγοντες και σύγχρονες προκλήσεις. Στο: Σαράφης Π, Μπαμίδης Π (Επιμ.) *Υπηρεσίες υγείας. Συστήματα και πολιτικές*. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Λασιδιά, Λευκωσία, 2020:119–132
4. EUROPEAN COMMISSION. Θεματικό ενημερωτικό δελτίο ευρωπαϊκού εξαμήνου: Συστήματα υγείας. Διαθέσιμο στο: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/european-semester_thematic-factsheet_health-systems_el.pdf (assessed 10.1.2021)
5. PAPPA E, KONTIDIMOPOULOS N, PAPADOPOULOS A, TOUNTAS Y, NIAKAS D. Investigating unmet health needs in primary health care services in a representative sample of the Greek population. *Int J Environ Res Public Health* 2013, 10:2017–2027
6. FORSTER T, KENTIKELINIS A, BAMBRA C. *Health inequalities in Europe: Setting the stage for progressive policy action*. TASC, Dublin, 2018
7. BRAVEMAN P, TARIMO E. Social inequalities in health within countries: Not only an issue for affluent nations. *Soc Sci Med* 2002, 54:1621–1635
8. PETMESIDOU M. Is social protection in Greece at a crossroads? *Eur Soc* 2013, 15:597–616
9. ΜΑΡΑΓΚΑΚΗ Α, ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ Θ, ΣΑΡΑΦΗΣ Π. Οι συνέπειες των πολιτικών λιτότητας στην υγεία των Ελλήνων στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2019, 36:687–694
10. EUROSTAT. Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat> (accessed 9.1.2021)

Corresponding author:

M. Bourazani, University Clinic of Oral and Maxillofacial Surgery, "Evangelismos" General Hospital of Athens, Athens, Greece
e-mail: malbourazani@gmail.com